

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA II (PROCESOS COGNITIVOS)**



**TESIS DOCTORAL**

**Estigma internalizado en el trastorno mental grave:  
predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención**

**PRESENTADA POR**  
**Olimpia Díaz Mandado**

Director

Santiago Fernández González

**Madrid, 2015**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Psicología Básica II**

**(Procesos Cognitivos)**



**ESTIGMA INTERNALIZADO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: PREDICTORES  
COGNITIVOS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

**TESIS DOCTORAL**

**Olimpia Díaz Mandado**

**Director:**

**Dr. Santiago Fernández González**

**MADRID, 2015**



*“Da igual. Prueba otra vez. Fracasa otra vez. Fracasa mejor”*

Samuel Beckett





Esta investigación ha sido financiada por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha a través de los proyectos de investigación “La relación entre el estigma internalizado y variables de recuperación en personas con esquizofrenia de la provincia de Toledo” (año 2009) y “Estigma internalizado en el Trastorno Mental Grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención” (año 2013).



## Agradecimientos

La primera etapa de este viaje se inició en el 2001 cuando comencé a acompañar a personas con trastornos mentales graves en su proceso de recuperación. A ellas, muchas de las cuales han participado en esta investigación, quiero dedicarles el presente trabajo. Ojalá esta tesis doctoral pueda contribuir a que estos ciudadanos sean tratados con la dignidad y el respeto que merecen.

Mi viaje no hubiera sido el mismo sin todas las personas que me han acompañado y a las que tengo que agradecer el haber podido llegar tan lejos. A la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha que desde el principio apostó por este proyecto, creyendo firmemente que investigar el estigma internalizado nos ayudaría a mejorar la calidad de vida de las personas para las que trabajamos. Quiero agradecer a sus dos directores José Antonio Contreras y Susana García-Heras todo el apoyo prestado incluso en tiempo de crisis.

A Jose A. Periañez, porque a parte de ser mi compañero de vida y de cordada, ha querido que esta tesis formara parte de nuestro camino. No solo me ha asegurado en los pasos más difíciles sino que me ha ayudado con su paciencia de maestro y su generosidad a que me convirtiera en investigadora. Gracias por aprender tanto a la espera de que yo llegara.

A Marta Nieto, que me ayudó a buscar el destino y con su “buen hacer” me dio las herramientas básicas y la confianza con las que empezar a caminar.

A Ignacio Montorio y a Santiago Fernández por facilitarme la vuelta a la universidad, por poner a mi disposición toda su experiencia y por confiar en esta *idea feliz*.

A los psicólogos que han recogido los datos de esta tesis, Eva M<sup>a</sup> Cabezuelo, Sara Caminos, Sandra Díaz, Manuel Hernández, Marga Hernández, Jorge Mármol, Enrique Mellado, Marta Nicolás y Sofía Pérez, por haber compartido su tiempo e implicación en

este trabajo. A Noelia Salazar, una alegría más de este camino, por su labor como coterapeuta y por los encuentros anti-estigma que tanto me han ayudado.

A mis *muy* mejores amigas, Maite Babío y Carolina García-Gasco, por su participación en la traducción de los instrumentos y la codificación de los datos. A mi amigo Miguel Álvarez que revisó el primer estudio en inglés.

Al equipo de profesionales del CRPSL de Toledo por enseñarme a diario lo que no viene en los *paper*. Al Departamento de Atención Psicosocial de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha y en especial a Olga Carrasco y Alberto Casas por estar siempre disponibles para facilitar su apoyo técnico y emocional.

A Paco del Olmo por revisar el manuscrito y por abrirme las puertas de las Hermanas Hospitalarias para que pudiera compartir con otros rehabilitadores todo lo que estaba aprendiendo. A José Manuel Rodríguez por sus valoraciones, sus consejos y por ser tan listo!.

A Inés Moreno, por diseñar la portada y porque con su ejemplo de lucha y de superación consigue que no se me olviden los motivos por los que voy a trabajar cada día.

Por último a mi familia por tener tan altas expectativas en mi y en especial a mis padres por educarme rodeada de música y de libros. A mi hermana Patricia por ser un rayito de sol y por la aceptación incondicional. A Frida, porque su compañía ha sido fundamental ante tantas horas de soledad y porque siempre me espera con paciencia y alegría.

Al final investigar ha sido como escalar montañas. Una se siente insignificante ante tanta inmensidad y tanto descubrimiento pero a la vez muy importante por ser capaz de llegar a lugares privilegiados. Como en la montaña, de poco sirve llegar a cima si en el proceso no aprendes, fallas, disfrutas y sobre todo lo compartes con la gente que quieres.





## Índice

Índice de Tablas	17
Índice de Figuras	20
Abreviaturas	23
Abstract	27
Resumen	33
Introducción	37
Capítulo 1. Trastorno Mental Grave: características generales	41
1.1. Introducción	43
1.2. Concepto	44
1.3. Epidemiología	48
1.4. Etiología de los TMG	51
1.4.1. El modelo de vulnerabilidad-estrés	51
1.5. Intervención y tratamiento del TMG	56
1.5.1. Evolución de tratamiento del TMG	56
1.5.2. Principales intervenciones en el TMG	59
Capítulo 2. Recuperación en salud mental	71
2.1. Introducción	73
2.2. El concepto de recuperación desde una perspectiva clínica	75
2.2.1. Predictores y factores asociados a la recuperación clínica	80
2.3. El concepto de recuperación desde una perspectiva subjetiva	83
2.3.1. Predictores de la recuperación subjetiva	86
Capítulo 3. Estigma internalizado en trastornos mentales graves	99
3.1. Introducción	101
3.2. El estigma en los trastornos mentales	102
3.3. Estigma internalizado: definición y prevalencia	105
3.4. El proceso de internalización del estigma	108
3.5. Relación del estigma internalizado con otras variables de recuperación	114
3.6. Programas de intervención en estigma internalizado	116



Capítulo 4. Predictores cognitivos de programas de intervención en personas con TMG	127
4.1. Introducción	129
4.2 Alteraciones cognitivas en el TMG	130
4.2.1 Atención	133
4.2.2 Memoria	134
4.2.3. Procesamiento lingüístico	137
4.2.4. Funciones ejecutivas	139
4.2.5. Velocidad de procesamiento	140
4.2.6. Cognición social	141
4.2.7. Conclusión	143
4.3. Alteraciones cognitivas como predictores en programas de intervención en TMG	146
Capítulo 5. Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis	155
5.1. Objetivos e hipótesis del Estudio I	162
5.2. Objetivos e hipótesis del Estudio II	163
5.3. Objetivos e hipótesis del Estudio III	164
Capítulo 6. Estudio I: Predictores de recuperación subjetiva en personas con esquizofrenia	167
6.1. Materiales y método	169
6.1.1. Características del estudio	169
6.1.2. Participantes	169
6.1.3. Medidas	171
6.1.4. Procedimiento	174
6.1.5. Análisis	174
6.2. Resultados	175
6.2.1. Correlaciones entre recuperación subjetiva y el resto de variables	175
6.2.2. Predictores de la recuperación subjetiva	176
6.3. Discusión	176

Capítulo 7. Estudio II. Eficacia de un programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado en personas con TMG	183
7.1. Materiales y método	185
7.1.1. Características del estudio	185
7.1.2. Participantes	185
7.1.3. Protocolo de tratamiento	189
7.1.4. Medidas	190
7.1.5. Procedimiento	194
7.1.6. Análisis	196
7.2. Resultados	196
7.2.1. Diferencias de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes	196
7.2.2. Cambios en el estigma internalizado tras la fase de tratamiento	197
7.2.3. Cambios en variables estratégicas del proceso de internalización del estigma tras la fase de tratamiento	201
7.2.4. Cambios en la recuperación subjetiva tras la fase de tratamiento	205
7.2.5. Cambios en la recuperación clínica tras la fase de tratamiento	207
7.2.6. Resultados en cuanto a satisfacción y adherencia al tratamiento	209
7.3. Discusión del estudio II	209
7.3.1. Eficacia del PAREI en el estigma internalizado y en los elementos estratégicos del proceso de internalización del estigma	210
7.3.2. Eficacia del PAREI en la recuperación clínica y subjetiva	215
Capítulo 8. Estudio III. Predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención en estigma internalizado	223

8.1. Materiales y método	225
8.1.1. Características del estudio	225
8.1.2. Participantes	225
8.1.3. Medidas	227
8.1.4. Procedimiento	234
8.1.5. Análisis	234
8.2. Resultados	236
8.2.1. Funcionamiento cognitivo de la muestra	236
8.2.2. Predictores cognitivos de las variables eficaces tras el programa	238
8.2.3. Relación del funcionamiento cognitivo con el desempeño tras el programa	241
8.3. Discusión	251
8.3.1. Predictores cognitivos de la eficacia de un programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado	252
8.3.2. Relación del funcionamiento cognitivo con los resultados de un programa de reducción del estigma internalizado	256
Capítulo 9. Discusión general	263
9.1. Relevancia teórica de los resultados	267
9.2. Limitaciones y orientación futura	272
10. Bibliografía	277
ANEXOS	307
I. Manual del Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI)	309
II. Instrumentos de evaluación adaptados <i>ad hoc</i> para el estudio II.	351
III. Tablas de resultados de la comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en las variables de estigma y de recuperación	359





## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.1.</b> Déficit en el funcionamiento psicosocial en el TMG	47
<b>Tabla 1.2.</b> Definición operativa de Trastorno Mental Grave	48
<b>Tabla 2.1.</b> Criterios operativos de recuperación en esquizofrenia	77
<b>Tabla 2.2.</b> Características de la recuperación	84
<b>Tabla 2.3.</b> Indicadores fundamentales en el proceso de recuperación	86
<b>Tabla 2.4.</b> Revisión de investigaciones que han estudiado la relación del RAS con otras variables	88
<b>Tabla 3.1.</b> Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma	106
<b>Tabla 3.2.</b> Revisión de los estudios sobre programas de reducción de estigma internalizado	117
<b>Tabla 3.3.</b> Recomendaciones extraídas de la revisión de estudios sobre programas de estigma internalizado	124
<b>Tabla 4.1.</b> El tamaño del efecto en el desempeño de las pruebas neuropsicológicas entre los diferentes diagnósticos	132
<b>Tabla 6.1.</b> Características clínicas y sociodemográficas de los participantes	170
<b>Tabla 6.2.</b> Ítems y factores del RAS-18	172
<b>Tabla 6.3.</b> Estadísticos descriptivos (n=43) de las variables	175
<b>Tabla 6.4.</b> Correlaciones entre las variables	175
<b>Tabla 6.5.</b> Resultados del análisis de regresión múltiple sobre la variable dependiente RAS-18	176
<b>Tabla 7.1.</b> Características clínicas de los participantes (n=54)	187
<b>Tabla 7.2.</b> Características sociodemográficas de los participantes (n=54)	188
<b>Tabla 7.3.</b> Contenidos y estrategias terapéuticas del programa de afrontamiento y reducción del estigma (PAREI)	190
<b>Tabla 7.4.</b> Medidas e instrumentos	191
<b>Tabla 7.5.</b> Características sociodemográficas, clínicas y cognitivas de los participantes	197

<b>Tabla 7.6.</b> Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en las medidas de estigma internalizado	198
<b>Tabla 7.7.</b> Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma	201
<b>Tabla 7.8.</b> Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en medidas de recuperación subjetiva	205
<b>Tabla 7.9.</b> Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en medidas de recuperación clínica.	207
<b>Tabla 7.10.</b> Resultados de la satisfacción con el tratamiento	209
<b>Tabla 8.1.</b> Características clínicas de los participantes (n=19)	226
<b>Tabla 8.2.</b> Características sociodemográficas de los participantes (n=19)	227
<b>Tabla 8.3.</b> Dominios cognitivos y pruebas neuropsicológicas	228
<b>Tabla 8.4.</b> Medidas de estigma y recuperación	234
<b>Tabla 8.5.</b> Datos descriptivos de las pruebas cognitivas en el grupo experimental (n=19)	237
<b>Tabla 8.6.</b> Correlaciones entre las puntuaciones cambio en ISMI-Ali y RAS y las pruebas neuropsicológicas	239
<b>Tabla 8.7.</b> Resultados del análisis de regresión múltiple en ISMI-Alienación	240
<b>Tabla 8.8.</b> Resultados del análisis de regresión múltiple en SFS	241
<b>Tabla 8.9.</b> Comparación entre las puntuaciones cambio en las variables de estigma y recuperación en los grupos Mejoría y No Mejoría	242
<b>Tabla 8.10.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en la puntuación total del ISMI, ISMI-Alienación e ISMI-Aprobación del estereotipo	361
<b>Tabla 8.11.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en ISMI-Discriminación experimentada, ISMI-Rechazo social e ISMI-Resistencia al estigma de ISMI	362
	363

<b>Tabla 8.12.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en PL y GI	
<b>Tabla 8.13.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en las subescalas de CSS-Secreto y CSS-Evitación	364
<b>Tabla 8.14.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en las subescalas de CSS-Educación, CSS-Confrontación y CSS-Distanciamiento	365
<b>Tabla 8.15.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en variables de recuperación subjetiva (RSE, GSS y RAS)	366
<b>Tabla 8.16.</b> Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en variables de recuperación clínica	367
<b>Tabla 8.17.</b> Significación de la comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No Mejoría) en todas las variables dependientes	243



## Índice de Figuras

<b>Figura 1.1.</b> Modelo de vulnerabilidad en la esquizofrenia	52
<b>Figura 1.2.</b> Modelo de vulnerabilidad-estrés-factores de protección en enfermedad mental	54
<b>Figura 1.3.</b> Principales intervenciones en el TMG	60
<b>Figura 2.1.</b> Factores asociados a la recuperación	80
<b>Figura 3.1.</b> Clasificación conceptual del estigma en salud mental	105
<b>Figura 3.2.</b> Modelo de estigma Internalizado	110
<b>Fig. 3.3.</b> Modelo de estigma y percepción de grupo en las respuestas al estigma	112
<b>Figura 3.4.</b> Modelo integrador del estigma internalizado	113
<b>Figura 4.1.</b> Alteraciones cognitivas en esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo	133
<b>Figura 7.1.</b> Procedimiento de la recogida de datos	195
<b>Figura 7.2.</b> Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en las variables de estigma internalizado	200
<b>Figura 7.3.</b> Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en legitimidad percibida de discriminación (PL) e identificación con el grupo (GI)	202
<b>Figura 7.4.</b> Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en las estrategias de afrontamiento al estigma	204
<b>Figura 7.5.</b> Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en variables de recuperación subjetiva.	206
<b>Figura 7.6.</b> Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones	208

directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en variables de recuperación objetiva

<b>Figura 8.1.</b> Puntuaciones percentiles de las pruebas neuropsicológicas en los participantes del grupo experimental (n=19)	236
<b>Figura 8.2.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en ISMI-Alienación	246
<b>Figura 8.3.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en ISMI-Rechazo	247
<b>Figura 8.4.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Secreto	247
<b>Figura 8.5.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Educación	248
<b>Figura 8.6.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Confrontación	248
<b>Figura 8.7.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos que mejoran y no mejoran en CSS-Distanciamiento	249
<b>Figura 8.8.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en RAS	249
<b>Figura 8.9.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos que mejoran y no mejoran en BPRS	250
<b>Figura 8.10.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en SFS	250
<b>Figura 8.11.</b> Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en SUMD	251



## Abreviaturas

<b>AEN:</b>	Asociación Española de Neuropsiquiatría
<b>ANOVA:</b>	Análisis de varianza (del inglés Analysis of Variance)
<b>AQ-27:</b>	Attribution Questionnaire
<b>AVD:</b>	Actividades de la Vida Diaria
<b>BASIS-32:</b>	Behaviour and Symptom Identification Scale
<b>BDI-II:</b>	Beck Depression Inventory-Revised
<b>BPRS:</b>	Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (del inglés Brief Psychiatric Rating Scale)
<b>BTA:</b>	Test Breve de Atención (del inglés Brief Test of Attention)
<b>BUS:</b>	Boston University Empowerment Scale
<b>CANSAS:</b>	Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule
<b>CDSS:</b>	Calgary Depression Scale for Schizophrenia
<b>CES-D:</b>	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale
<b>CIE-10:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión
<b>CIM:</b>	Community Integration Measure
<b>CPT:</b>	Continuos Performance Test
<b>CSI:</b>	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (del inglés Coping Strategies Inventory)
<b>CSS:</b>	Escala de Afrontamiento al Estigma (del inglés Coping Stigma Scale)
<b>CORR:</b>	Correlacional
<b>CRPSL:</b>	Centro de Rehabilitación Psicosocial y laboral
<b>Dig Dir:</b>	Dígitos Directos
<b>Dig Inv:</b>	Dígitos Inversos
<b>DSM-IV:</b>	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ª edición (del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>EDD:</b>	Direct discrimination experiences
<b>EEAG:</b>	Escala de Evaluación de la Actividad Global
<b>EEIB:</b>	Escala de Evaluación del Insight
<b>ES:</b>	Empowerment Scale
<b>Esq:</b>	Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo
<b>LP dem:</b>	Tarea de recuerdo de lista de palabras demorada
<b>FL Fon:</b>	Tarea de fluidez fonológica
<b>FL Sem:</b>	Tarea de fluidez semántica
<b>FSCLM:</b>	Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
<b>FT:</b>	Finger Tapping
<b>FT D:</b>	Finger Tapping mano dominante
<b>FT ND:</b>	Finger Tapping mano no dominante
<b>GAF:</b>	Global Assessment of Functioning
<b>GEOPTE:</b>	Escala de Metacognición en Esquizofrenia
<b>GI:</b>	Identificación con el Grupo (del inglés Group Identification)
<b>GSS:</b>	Escala de Autoeficacia General (del inglés General Self-Efficacy Scale)
<b>HHI:</b>	Herth Hope Index
<b>HT:</b>	Test de las insinuaciones (del inglés Hinting Task)
<b>HoNOS:</b>	Health of the Nation Outcome Scales
<b>IPII:</b>	Indiana Psychiatric Illness Interview

<b>IPQS:</b>	Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia
<b>ISEL:</b>	Interpersonal Support Evaluation List
<b>ISMI:</b>	Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (del inglés Internalized Stigma of Mental Illness Scale)
<b>K-10:</b>	Kessler-10
<b>LQLQP:</b>	Lancaster Questionnaire Life Quality Profile
<b>LSP-16:</b>	Life Skills Profile-16
<b>MANSA:</b>	Manchester Short Assessment of Quality of Life
<b>MAS-A:</b>	Abbreviated Metacognition Assessment Scale
<b>MEE:</b>	Modelo de Ecuaciones Estructurales
<b>MES:</b>	Modified Engulfment Scale
<b>MHRM:</b>	Mental Health Recovery Measure
<b>MLS:</b>	Meaning of Life Subscale
<b>MMSE:</b>	Mini Examen del Estado Mental (del inglés Mini-Mental State Examination)
<b>3MS:</b>	Mini-examen del Estado Mental Modificado (del inglés Modified Mini-Mental State Examination)
<b>MSAQL:</b>	Manchester Short Assessment of Quality of Life
<b>MSPSS:</b>	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
<b>NARA:</b>	Needs and Resources Assessment
<b>NICE:</b>	National Institute of Clinical Excellence
<b>NIMH:</b>	Instituto Nacional de Salud Mental (del inglés National Institute of Mental Health)
<b>PANSS:</b>	Escala del Síndrome Positivo y Negativo (del inglés Positive and Negative Syndrome Scale)
<b>PAREI:</b>	Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado
<b>PC:</b>	Puntuación Cambio
<b>PDD:</b>	Perceived Devaluation and Discrimination Scale
<b>PL:</b>	Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación (del inglés Perceived Legitimacy)
<b>PPS:</b>	Participation in Peer Support
<b>PS:</b>	Psicoeducación
<b>PRES:</b>	Perceived Relational Evaluation Scale
<b>Punt:</b>	Puntuación
<b>QLS:</b>	Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale
<b>QOLI:</b>	Quality of Life Interview
<b>RAS:</b>	Escala de Evaluación de la Recuperación (del inglés Recovery assessment Scale)
<b>RAVLT:</b>	Test Auditivo Verbal de Rey (del inglés Rey Auditory Verbal Learning Test)
<b>RSE:</b>	Escala de Autoestima de Roserberg (del ingles Rosenberg Self-esteem Scale)
<b>REGR:</b>	Modelo de Regresión múltiple
<b>SANS:</b>	Scale for Assessment of Negative Symptoms
<b>SAPS:</b>	Scale for Assessment of Positive Symptoms
<b>SCIP:</b>	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry
<b>S-SELAS:</b>	Social and emotional loneliness scale—short version

<b>SEG:</b>	Medida de seguimiento
<b>SELS-SV:</b>	Social and emotional Loneliness Scale-short version
<b>SFS:</b>	Escala de Funcionamiento Social (del inglés Social Functioning Scale)
<b>SF-12</b>	Short Form 12 Health Survey
<b>SISR:</b>	Self-Identified Stage of Recovery
<b>SMI:</b>	Serious Mental Illness
<b>SNS:</b>	Social Network Scale
<b>SRM:</b>	Stages of Recovery Measure
<b>SS:</b>	Escala de Estigma Internalizado (del inglés Stigma Scale)
<b>SSQ:</b>	Social Support Questionnaire
<b>SSMIS:</b>	Escala de Auto-estigma en la Enfermedad Mental (del inglés Self-Stigma in Mental Illness Scale)
<b>SSTICS:</b>	Escala subjetiva para investigar la cognición en esquizofrenia
<b>STROOP:</b>	Test de colores y palabras Stroop
<b>SUMD:</b>	Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (del inglés Scale to assess Unawareness of Mental Disorder)
<b>SWN-K:</b>	Subjective Well-being under Neuroleptic treatment scale
<b>T1</b>	Evaluación previa
<b>T2</b>	Evaluación posterior
<b>TFCR:</b>	Test de la Figura Compleja de Rey
<b>TCC:</b>	Terapia Cognitivo Conductual
<b>TMT:</b>	Trail Making Test
<b>TMG:</b>	Trastorno Mental Grave
<b>TN:</b>	Terapia Narrativa
<b>WAIS-III:</b>	Escala de Inteligencia de Wechsler
<b>WCST:</b>	Wisconsin Card Sorting Test
<b>WQLQ:</b>	Wisconsin Quality of Life Questionnaire



## **INTERNALIZED STIGMA IN SERIOUS MENTAL ILLNESS: COGNITIVE PREDICTORS OF OUTCOMES AFTER A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL**

### **ABSTRACT**

#### **Introduction**

Serious Mental Illness (SMI) refers to a group of different diagnostic entities that share severity and persistency over time, as well as a tendency to functional deficits (AEN, 2012). Prevalence estimations in Spain report that between 1,3 and 3 per each 1000 inhabitants suffer SMI (del Río Noriega, 2006; IMSERSO, 2007). SMI treatment experimented a deep change since the second half of the past century. Nowadays the concept of recovery provides a new framework to mental health and rehabilitation services (Slade, 2009). During the last decades there has been an increasing interest in the study of the factors that promote clinical and subjective recovery in people with SMI (Bellack, 2006; Liberman, Kopelowicz, Ventura y Gutkind, 2002). At this regard, internalized stigma has been identified as a key variable that might reduce the possibility of recovery. Internalized stigma in people with serious mental illness (SMI) has been defined as an stereotype endorsement, negative feelings and self-discrimination behaviour (Livingston y Boyd, 2010). Previous works have demonstrated that internalized stigma increases symptoms' severity, reduces adherence to treatment, and recovery perception in people with SMI. However, and in spite of indirect evidence about the relationship between internalized stigma and recovery perception, also subjective recovery, in SMI the contribution of this variable is not clearly established (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos y Quiroga, 2010; Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003). In spite of the relevance of internalized stigma in recovery, the existing intervention programs lack of efficacy. While numerous previous works have suggested that certain cognitive domains might predict those intervention outcomes,



until the date, no data exist about the relationship between cognitive state and outcomes in internalized stigma interventions (Brekke, Hoe, Long y Green, 2007; Jahn et al., 2011; Kurtz, Wexler, Fujimoto, Shagan y Seltzer, 2008; Penadés et al., 2010; Prouteau et al., 2005; Smith, Hull, Romanelli, Fertuck y Weiss, 1999; Ücok et al., 2006). The general aim of the present work was to assess the efficacy of a stigma reduction based intervention in people with SMI. To do so, three studies were conducted, one with schizophrenia patients and the other two with a sample of patients with SMI.

### **Study I. Predictors of subjective recovery in schizophrenia.**

The aim of the first study was to analyse the predictive value of internalized stigma together with other relevant psychological variables, in subjective recovery perception recovery was measured by the Recovery Assessment Scale o RAS (Corrigan et al., 1999). Forty-three clinically stable outpatients with a diagnosis of schizophrenia recruited from psychosocial rehabilitation centres in Toledo (Spain), participated in the study (74% males). Regression analyses revealed that adaptive coping strategies, internalized stigma and self-esteem predicted 55% of subjective recovery ( $p < 0,0001$ ). Negative symptoms and social functioning did not predict subjective recovery, despite significant correlations between them. The results from this study helped to clarify which were the strategic elements that would potentiate subjective recovery in people with SIM. Thus, subjective recovery perception in SIM will be achieved, not in relation to the symptomatology remission or an optimal social functioning, but in relation to the acquisition of adequate coping strategies, the rejection of internalized stigma, and the improvement of self-esteem.

### **Study II. Randomized controlled trial of the coping and internalized stigma reduction program among individuals with SIM.**

Once clarified the relationship between those previously mentioned variables with subjective recovery the aim of the second study was to analyse the efficacy of an internalized stigma based intervention against a control condition in a group of stigma and recovery measures. To do so, an intervention program with eight sessions was

designed (PAREI) based on current models of internalization of stigma combining psychoeducation, cognitive behavioural therapy, motivational technique and peer-support. Fifty-four individuals with SMI were selected according to inclusion criteria and randomly assigned to PAREI plus regular treatment (n=29; experimental group) or just regular treatment (n=25; control group). Mixed ANOVAs revealed improvements in the emotional dimension of internalized stigma, perceived legitimacy of discrimination, subjective recovery and social functioning in the experimental group after treatment ( $p \leq 0,03$  in the group  $\times$  treatment interactions). The remaining variables did not exhibit significant changes after treatment. However, the low power of the contrast did not allowed to discard the presence of other improvements after treatment (Power  $\leq 0,4$ ). The present results represent the first randomized controlled trial demonstrating the presence of changes in the emotional dimension of internalized stigma, perceived legitimacy of discrimination, and variables of clinical and subjective recovery after a stigma intervention program. These results confirm preceding evidence revealing a reduction in internalized stigma, in which methodological faults like the lack of a randomized control group, compromised the assumption of efficacy (Lucksted et al., 2011; Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore y Yanos, 2012; Roe et al., 2014; Sibitz, Provaznikova, Lipp, Lakeman y Amering, 2013). Results from the present work revealed that the intervention program used here may represent a promising intervention tool to reduce internalized stigma and to improve clinical and subjective recovery markers in SMI.

### **Study III. Cognitive predictors of the efficacy of the coping and internalized stigma reduction program among individuals with SMI.**

The third study aimed to determine the role of cognitive deficit in outcomes after the PAREI intervention. The predictive value of cognitive status over change scores observed in the experimental group was analysed (n=19). Together with social cognition, variables from the main cognitive domains altered in people with psychotic disorders were assessed, i.e., verbal memory, verbal comprehension, executive functions and processing speed, visual memory, attention, and motor speed (Gonzalez-Blanch et al., 2007). Regression analyses showed that speed of processing and

perceptual abilities predicted 25,2% of the improvement of social functioning ( $p = 0,044$ ), while only processing speed predicted 17,6% of improvement in perceived legitimacy of discrimination ( $p = 0,047$ ). Unexpectedly low performance in visual memory and executive function predicted improvements in the emotional dimension of internalized stigma ( $p < 0,048$ ). Changes in subjective recovery were not predicted by cognitive status. The results revealed that a better cognitive functioning will help the acquisition of outcomes after an internalized stigma intervention, but will not be determinant to achieve efficacy. In the absence of any prior data regarding the role of cognition in predicting outcomes of an internalized stigma intervention, the present results provide novel and relevant information to the clinician and researcher regarding the role of cognitive functioning in the efficacy of such intervention.

## **Conclusions**

Considering results observed in these three studies, some conclusions can be pointed out. The present work reveals that coping, self-stigma and self-esteem are key elements in the promotion of subjective recovery. PAREI is effective in reducing crucial dimensions of internalized stigma and promoting recovery in SMI. While an adequate cognitive functioning improves outcomes achievement after PAREI, it does not seem to determine its efficacy. Theoretical and applied relevance of the results are further discussed.





## RESUMEN

El estigma internalizado en las personas con trastorno mental grave (TMG) se define por la aprobación de los estereotipos sobre su trastorno, emociones negativas y comportamientos de autodiscriminación. Trabajos previos han mostrado que el estigma internalizado aumenta la severidad de los síntomas, disminuye la adherencia al tratamiento y la percepción de recuperación en las personas con TMG. Pese a la importancia del estigma internalizado en la recuperación, los programas publicados a la fecha no habrían resultado eficaces. El objetivo general del presente trabajo se centró en evaluar la eficacia de una intervención psicológica dirigida a la reducción del estigma internalizado en personas con TMG. Para ello se realizaron tres estudios con personas con esquizofrenia y otros TMG. El objetivo del primer estudio se centró en analizar la contribución que el estigma internalizado junto a otros factores podría tener en la percepción subjetiva de recuperación. Para ello se evaluó el valor predictivo de diferentes variables psicosociales y clínicas sobre las expectativas de recuperación en una muestra de 43 personas. El análisis de regresión reveló que las estrategias adaptativas de afrontamiento, el estigma internalizado y la autoestima predijeron un 55% de las expectativas de recuperación ( $p < 0,0001$ ). Los síntomas negativos y el funcionamiento social no predijeron la percepción subjetiva de recuperación, pese a la presencia de correlaciones significativas. El objetivo del segundo estudio fue establecer la eficacia de una intervención dirigida al estigma internalizado frente a una condición control en un conjunto de medidas de estigma y recuperación. Para ello se desarrolló un programa (PAREI) basado en los modelos de internalización del estigma que combinaba estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el apoyo entre iguales. Fueron

seleccionadas 54 personas y asignadas aleatoriamente al PAREI y al tratamiento habitual ( $n=29$ ; grupo experimental) o al tratamiento habitual ( $n=25$ ; grupo control). Los ANOVAs mixtos mostraron mejoras en la dimensión emocional del estigma internalizado, la legitimidad percibida de discriminación, la recuperación subjetiva y el funcionamiento social en el grupo experimental tras la fase de tratamiento ( $p \leq 0,03$  en la interacción grupo x tratamiento). Mientras en el resto de variables no se produjeron cambios significativos, la baja potencia de contraste de los análisis no permitió descartar la presencia de otras mejoras consecuencia del tratamiento (Potencia  $\leq 0,4$ ). El tercer estudio trató de determinar la influencia de las alteraciones cognitivas en los resultados obtenidos tras el PAREI. Para ello se analizó el valor predictivo del estado cognitivo sobre las puntuaciones de cambio observadas en el grupo experimental. El análisis de regresión reveló que mientras la velocidad de procesamiento y las habilidades perceptivas predijeron un 25,2% de la mejora del funcionamiento social ( $p = 0,044$ ), la velocidad de procesamiento predijo un 17,6% de la mejora en la legitimidad percibida de discriminación ( $p = 0,047$ ). Contrariamente a lo esperado un peor rendimiento en memoria visual y funciones ejecutivas contribuyó a la mejora en la dimensión emocional del estigma internalizado ( $p < 0,048$ ). El cambio en la recuperación subjetiva no fue predicho por el estado cognitivo. La comparación entre los grupos que mejoraban y los que no mejoraban en todas las variables tras la intervención no evidenciaron un papel fundamental del estado cognitivo en el desempeño tras el programa. Los resultados del presente trabajo muestran que las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y la autoestima son objetivos relevantes en la promoción de la percepción de recuperación en personas con TMG. El PAREI es un programa eficaz para reducir dimensiones clave del estigma internalizado y promover la recuperación en el TMG. Mientras un mejor funcionamiento cognitivo facilita la adquisición de resultados tras el PAREI, no sería determinante en su eficacia. Se reflexiona sobre la relevancia teórica y aplicada de los resultados.







## INTRODUCCIÓN

El concepto trastorno mental grave (TMG) hace referencia a diferentes entidades diagnósticas que tienen en común criterios de gravedad y de persistencia en el tiempo así como una tendencia al déficit funcional (AEN, 2012). En España se estima que las tasas de prevalencia de los TMG están situadas entre 1,3 y 3 por cada 1000 habitantes (del Río Noriega, 2006; IMSERSO, 2007). El tratamiento de los TMG ha experimentado una profunda transformación desde mediados del siglo pasado. En la actualidad el concepto de recuperación proporciona un nuevo marco a los servicios de salud mental y de rehabilitación (Slade, 2009). Pese a que el tratamiento en el TMG se ha dirigido fundamentalmente a la recuperación desde una perspectiva clínica, i.e., la remisión de la sintomatología y mejora del funcionamiento social (Lieberman et al., 2002), en los últimos años ha aumentado el interés por la recuperación desde la perspectiva de las personas con TMG, denominada recuperación personal o subjetiva (Andresen, Oades y Caputi, 2003; Lysaker, Buck, Hammoud, Taylor y Roe, 2006; Resnick, Fontana, Lehman y Rosenheck, 2005; Roe, Mashiach-Eizenberg y Lysaker, 2011; Slade, 2009; Slade et al., 2014). Concretamente el interés se ha dirigido tanto en los ámbitos aplicados como de investigación a conocer con mayor exactitud cuáles son las variables que promoverían una mejor percepción subjetiva de recuperación. De hecho recientemente se ha identificado un fenómeno que podría ser una de las principales barreras en la recuperación, i.e., el estigma internalizado. El estigma internalizado se produce por la aceptación del estigma social en las personas que padecen un TMG (Corrigan y Watson, 2002b). Supone por parte de estos individuos la aprobación de los estereotipos sobre su trastorno así como emociones negativas y comportamientos de autodiscriminación (Livingston y Boyd, 2010). El estigma internalizado estaría presente

entre el 28 y 40% de las personas con TMG, lo cual supone un importante problema dada su relación con la reducción de las posibilidades de recuperación (Boyd, Adler, Otilingam y Peters, 2014; Brohan, Elgie, Sartorius y Thornicroft, 2010; Livingston y Boyd, 2010). Debido a estos efectos en los últimos años se han publicado numerosos trabajos que evalúan intervenciones terapéuticas dirigidas a la reducción del estigma internalizado (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee y Corrigan, 2012; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2014). Sin embargo hasta la fecha los estudios controlados aleatorizados publicados no habrían resultado eficaces en la reducción del estigma internalizado. Pese a que algunos trabajos han mostrado mejoras en el estigma internalizado tras diferentes programas, la falta de rigor metodológico como por ejemplo la ausencia de grupo control aleatorizado, ha limitado el alcance de dichos resultados viéndose comprometida la validez de los mismos. La falta de eficacia de los programas podría deberse a diversos factores entre los que cabría destacar, entre otros, la falta de fundamentación de muchos programas en modelos teóricos sólidos y las características de las muestras empleadas en los estudios. Además existe un interés creciente por el estudio de la influencia de las alteraciones cognitivas de las personas con TMG y el rendimiento en intervenciones psicosociales (Kurtz, 2011). Mientras numerosos trabajos han sugerido que determinados dominios cognitivos podrían predecir los resultados obtenidos tras esas intervenciones hasta la fecha no existen datos sobre la relación de la cognición con los resultados de programas de reducción del estigma internalizado.

En el presente trabajo se tratará de establecer la eficacia de una intervención psicológica en la reducción del estigma internalizado y la mejora de indicadores de recuperación en personas con esquizofrenia y otros TMG, conociendo el papel que jugarían las alteraciones cognitivas de dichos participantes en la adquisición de resultados tras el programa. Para desarrollar este objetivo se describirá en primer lugar el concepto de TMG comenzando por su definición, epidemiología y modelos etiológicos y continuando por la descripción de las principales intervenciones desarrolladas con esta población (Capítulo 1). Una vez descritas las características de la población de estudio, se abordará el concepto de recuperación en salud mental diferenciando entre la definición clásica de recuperación desde una perspectiva clínica

y las definiciones que contemplan los aspectos subjetivos de la recuperación. El objetivo último de esta revisión conceptual es analizar los trabajos que a día de hoy han tratado de describir los predictores de las expectativas de recuperación (Capítulo 2). En el Capítulo 3, y con el objetivo de conocer los resultados de las principales intervenciones existentes en la literatura hasta el momento, se describirá en primer lugar el estigma internalizado en los TMG, su prevalencia en la población de estudio, los modelos teóricos que dan cuenta del proceso de internalización del estigma y las relaciones del estigma internalizado con diferentes variables clínicas y psicológicas. Tras esta exposición se describirán las alteraciones cognitivas más frecuentes en las cuatro principales categorías diagnósticas del TMG (Capítulo 4), para posteriormente revisar los resultados de algunos de los estudios sobre predictores cognitivos de la eficacia de diferentes intervenciones psicosociales. Tras un apartado en el que se recoge el planteamiento del problema de estudio, los objetivos e hipótesis (Capítulo 5), los Capítulos 6, 7 y 8 expondrán el trabajo experimental realizado. El Capítulo 6 analiza potenciales predictores de recuperación subjetiva en personas con esquizofrenia. El Capítulo 7 es un estudio controlado aleatorizado que tiene como objetivo establecer la eficacia de un programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado en personas con TMG. El Capítulo 8 investiga los potenciales predictores cognitivos de la eficacia del programa revisado en el capítulo anterior. En cada uno de estos tres capítulos se detallarán los aspectos metodológicos, los resultados obtenidos y se discutirán dichos resultados en relación con los objetivos. Finalmente el Capítulo 9 resumirá las principales aportaciones de los tres estudios llevados a cabo destacando su relevancia teórica y aplicada para la intervención en TMG.



**CAPÍTULO 1.**  
**TRASTORNO MENTAL GRAVE: CARACTERÍSTICAS GENERALES**



## **1. TRASTORNO MENTAL GRAVE: CARACTERÍSTICAS GENERALES**

### **1.1 Introducción**

La atención en salud mental, especialmente la dirigida a los trastornos más graves y prolongados, está experimentando una transformación desde mediados del siglo XX. Esta transformación se manifiesta en al menos dos aspectos. Por un lado la atención en salud mental ha comenzado a emplear modelos etiológicos integradores que incluyen variables biopsicosociales frente a modelos reduccionistas que se han considerado insuficientes para comprender la génesis de estos trastornos (Perris, 2004). Dicha transformación también ha supuesto un cambio en el abordaje del TMG. Así el tratamiento en salud mental ha evolucionado desde la atención manicomial, a una atención comunitaria basada en la disminución de síntomas, la mejora del funcionamiento social y la calidad de vida, hasta la actual perspectiva de la recuperación (AEN, 2012). Desde esta última uno de los objetivos fundamentales de la atención sería ofrecer prácticas basadas en la evidencia que respeten el sistema de valores de los pacientes (Farkas, Gagne, Anthony y Chamberlin, 2005). En el presente capítulo se expondrá en primer lugar el concepto actual de TMG describiendo las tres dimensiones que se utilizan en su definición junto a los principales datos existentes sobre prevalencia. Posteriormente se describirá el modelo de vulnerabilidad-estrés que aporta un marco etiológico sobre los TMG desde una perspectiva integradora. Por último se describirá la evolución del tratamiento en el TMG durante el último siglo y las principales intervenciones actuales basadas en la evidencia y recomendadas por las Guías de Práctica Clínica.



## 1.2. Concepto

El término TMG se utiliza para definir un extenso grupo de alteraciones mentales de larga duración que conllevan una discapacidad de moderada a severa en diferentes áreas de la vida de las personas que lo padecen (AEN, 2012). El término TMG es un concepto relativamente reciente que comienza a utilizarse fundamentalmente tras la desinstitucionalización psiquiátrica y el inicio de la atención comunitaria. Fue en los años 70 del siglo XX donde comenzaron a proliferar diferentes definiciones del TMG (Schinnar, Rothbard, Kanter y Jung, 1990). A este respecto términos como “enfermo mental crónico” están siendo progresivamente sustituidos a favor de otros como el de “trastorno mental grave”. Cabe notar a este respecto la transición progresiva desde el término “enfermedad” al término “trastorno” como forma de alejarse de una visión etiológica organicista que ha utilizado la metáfora de la enfermedad como principal narrativa explicativa del trastorno (Vázquez y Nieto-Moreno, 2010) y que a su vez aumenta el rechazo social hacia el colectivo (Read, Mosher y Bentall, 2006). Asimismo se sustituye el término “crónico” por el de “grave” evitando así una visión de inmutabilidad de los síntomas y el funcionamiento que remitían a la imposibilidad de recuperación (Blanco, 2010).

La definición de TMG que alcanza un mayor consenso en la actualidad es la formulada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de EE.UU. que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (NIMH, 1987). Concretamente el NIMH especifica que la definición de TMG se realiza atendiendo a tres dimensiones: diagnóstico, duración y discapacidad. Las tres dimensiones propuestas han sido discutidas en las diferentes definiciones de TMG como se expondrá a continuación.

La primera dimensión propuesta por el NIMH (1987) es la dimensión diagnóstica que abarcaría los diagnósticos incluidos en los trastornos psicóticos y de la personalidad.

Desde que se formuló, esta dimensión ha sido objeto de controversia aunque como algunos autores señalan no sea la dimensión más eficiente para medir las necesidades de tratamiento del colectivo (Goldman y Grob, 2006). Otros autores apuestan incluso por definiciones del TMG de carácter bidimensional, excluyendo la dimensión diagnóstica y centrándose en la de discapacidad y duración (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi y Tansella, 2000). Recientemente la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012) propone una definición operativa de TMG que incluye como principales diagnósticos los trastornos esquizofrénicos, el trastorno bipolar, los trastornos depresivos graves y el trastorno obsesivo compulsivo. La inclusión de los trastornos de la personalidad como un diagnóstico propio del TMG sigue siendo objeto de debate en la actualidad (Rodríguez y Bravo, 2003). Aunque los criterios propuestos por la NIMH (1987) incluían los trastornos de la personalidad como el trastorno límite, y la definición operativa de la AEN (2012) incluye el trastorno de personalidad esquizotípica, otros autores excluyen estos diagnósticos del TMG argumentando las dificultades inherentes al diagnóstico de trastorno de personalidad y la variabilidad del curso y pronóstico de estos trastornos (Ruggeri et al., 2000). Sin embargo muchos trastornos de la personalidad cumplirían los criterios de la dimensión temporal y de discapacidad que caracterizan el TMG. Así muchos de estos trastornos cursan con una evolución marcada por alteraciones conductuales graves, síntomas psicóticos y déficit en el funcionamiento social que pueden persistir por un tiempo prolongado (Rodríguez y Bravo, 2003). Una forma de superar esta controversia supondría incluir en el TMG todas las categorías diagnósticas que puedan considerarse psicóticas en sentido amplio. Esta consideración estaría caracterizada “no tanto por la presencia de síntomas positivos o negativos sino además por un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado el contexto o una afectividad inapropiada grave que implique una percepción distorsionada de la realidad” (del Río Noriega, 2006). En todo caso existe relativo consenso en que la dimensión diagnóstica excluye a las personas que presentan trastornos psicóticos de origen orgánico así como los que aparecen por encima de los 65 años de edad (Rodríguez y Bravo, 2003).

La segunda dimensión propuesta por el NIMH (1987) hace referencia al tiempo de evolución del trastorno y al tiempo en tratamiento en salud mental. De forma

específica esta dimensión establece como criterio el haber tenido hospitalizaciones psiquiátricas o bien tratamiento ambulatorio durante periodos prolongados de tiempo. Posteriormente otras definiciones de TMG han establecido como criterio de la dimensión temporal un mínimo de 2 años o más de evolución del trastorno o de recibir tratamiento en salud mental (Schinnar et al., 1990). Algunos autores han propuesto que este criterio se operativice más por el tiempo en tratamiento en salud mental que por el tiempo de evolución del trastorno (Ruggeri et al., 2000). Esto podría estar motivado por la presencia habitual de periodos sin tratamiento una vez iniciado el trastorno que dificultaría la delimitación temporal en el TMG. De hecho la Organización Mundial de la Salud estima que entre el 44 y el 70% de las personas con un trastorno de salud mental en los llamados países desarrollados no reciben tratamiento (OMS, 2005). En cualquier caso el criterio temporal pretende descartar las personas que aunque puedan presentar un diagnóstico de gravedad, debido al escaso tiempo de evolución tenga un pronóstico incierto que no avance hacia un TMG (Rodríguez y Bravo, 2003). Destacar que el criterio temporal se reduce en muchas definiciones de TMG desde los 6 meses hasta los dos años siempre que se cumpla el resto de criterios en el resto de dimensiones (Slade, Powell y Strathdee, 1997).

La tercera dimensión propuesta por el NIMH (1987) es la presencia de discapacidad de moderada a severa del funcionamiento personal, social y familiar. Aunque la definición inicial del NIMH especificaba el criterio de discapacidad en tres de cinco áreas del funcionamiento psicosocial, otras definiciones han apostado por medir la discapacidad a través de diferentes escalas. En ese sentido algunas definiciones han propuesto la *Escala de Evaluación de la Actividad Global o EEAG (Global Assessment of Functioning, GAF; (APA, 1994)* por ejemplo utilizando como “punto de corte” la puntuación 50 que indica una importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento social. Como muestra la Tabla 1.1. las personas con TMG presentarían importantes déficit en áreas de funcionamiento como son los autocuidados, la autonomía, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el ocio en el tiempo libre (Blanco y Pastor, 1997). Estas dificultades en el funcionamiento psicosocial fomentarían problemas en el manejo de las exigencias de la vida cotidiana y en el desempeño normalizado de roles sociales. Igualmente estas dificultades en interacción

con diferentes factores y barreras sociales (estigma, recursos sanitarios y sociales insuficientes) pueden dar lugar a que muchas de estas personas se sitúen en riesgo de desventaja social y marginación (Rodríguez y Sobrino, 1997). Esta interacción desfavorable entre las condiciones de salud y sus factores contextuales ambientales y personales genera que las personas con TMG tengan discapacidad entendida como las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (OMS, 2001).

**Tabla 1.1.** Déficit en el funcionamiento psicosocial en el TMG (Blanco y Pastor, 1997)

Áreas	Déficits específicos
Autocuidados	Higiene personal, manejo de su entorno, hábitos de vida
Autonomía	Manejo del dinero y transporte, dependencia económica y desempeño laboral
Autocontrol	Manejo de situaciones de estrés, competencia personal
Relaciones interpersonales	Red social, manejo de situaciones sociales, habilidades sociales
Ocio y tiempo libre	Aislamiento, ocio, capacidad para disfrutar, motivación e interés

Aunque la definición tridimensional propuesta por el NIMH goza de amplia aceptación, existen otras definiciones del TMG centradas en tan solo dos de estas dimensiones como son la discapacidad y la duración (Ruggeri et al., 2000). Asimismo existen otras que añaden más dimensiones que complementan la definición del colectivo. Por ejemplo Slade et al., (1997) proponen cinco dimensiones en la definición del TMG. A las tres dimensiones propuestas por el NIH se añade por un lado la dimensión “seguridad” que hace referencia a las posibles conductas autolesivas o heterolesivas y al riesgo de abuso por parte de otros. Por otro lado la dimensión denominada “apoyo formal e informal” incluiría la necesidad de ayuda y soporte por parte de cuidadores informales como amigos, familiares o bien de profesionales y servicios (Slade et al., 1997). Recientemente la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012) amplía las tres dimensiones propuestas por el NIMH con una cuarta dimensión denominada “complejidad” que describe diferentes problemas que pueden aparecer vinculados al propio trastorno (ver Tabla 1.2.). Estos problemas asociados además reflejan los denominados “nuevos perfiles” de TMG, por ejemplo, personas con patología dual sin hogar, etc. Esta definición tiene especial relevancia para los objetivos del presente trabajo ya que la descripción operativa pormenorizada de las cuatro dimensiones

facilitaría el proceso de selección de la muestra mientras incluye las múltiples particularidades del colectivo.

**Tabla 1.2.** Definición operativa de Trastorno Mental Grave (AEN, 2012)

Dimensiones	Criterios
Diagnóstico	Tr Esquizofrénicos Tr Personalidad Esquizotípica Paranoia Tr Paranoide compartido Tr Esquizofrénico Esquizoafectivo Otras psicosis no orgánicas Tr Bipolar, maníaco Tr Bipolar, depresivo Tr Bipolar, mixto Tr Depresivo Mayor, episodio único con síntomas psicóticos Tr Depresivo Mayor, Episodio recurrente TOC
Funcionamiento	Igual o inferior a una puntuación de 50 en la EEAG
Temporalidad	Evolución de 2 años o mas Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento de los últimos 6 meses a pesar de la remisión de síntomas
Complejidad	Discapacidad intelectual Comorbilidad psiquiátrica Problemas relacionados con el consumo de sustancias Problemas relacionados con la salud física Riesgo de desvinculación de la asistencia Uso inadecuado de recursos asistenciales Problemas de dependencia Problemas relacionados con el ámbito familiar Problemas relacionados con el ámbito social y laboral Problemas relacionados con el ámbito legal Personas "sin techo" Grupos de edad de riesgos específicos

*Nota.* Tr.: Trastorno; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

### 1.3. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) afirma que los trastornos neuropsiquiátricos en Europa representan más del 40% de todas las enfermedades consideradas crónicas y serían los principales responsables de los años vividos con discapacidad. La OMS utilizando el indicador de *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (DALYs, *Disability Adjusted Life Years*) que representan cada año perdido por un estado de salud deficiente o por muerte prematura, estima que este tipo de

trastornos representan el 19,5% de todos los *Años de Vida Ajustados por Discapacidad*. La depresión por si sola es la tercera causa más importante representando el 6,2% del total de los *Años de Vida Ajustados por Discapacidad*. Así las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido tanto a los problemas de salud física que a menudo no son atendidos, por ejemplo cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes e infección por VIH, como al suicidio. En relación a la incidencia se estima que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro (OMS, 2005). Siendo abrumadores los datos epidemiológicos aportados por la OMS, habría que destacar que hacen referencia a trastornos neuropsiquiátricos que engloba un conjunto de trastornos muy amplio en el que se incluyen trastornos mentales como esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad, etc., pero también trastornos por dependencia a sustancias, demencias, discapacidad intelectual o el autismo. Es decir estos datos epidemiológicos incluyen a personas con TMG pero también incluyen otros problemas de la salud mental.

La estimación de los datos epidemiológicos del TMG entraña diversas dificultades. Por un lado los datos extraídos de conjuntos de problemas de salud muy amplios, como los datos aportados por la OMS, incluyen otros problemas de salud mental a parte de los TMG. Por otro lado la prevalencia de los diferentes diagnósticos incluido en el TMG tampoco reflejarían la prevalencia o incidencia de los TMG. Por ejemplo los datos disponibles sobre la incidencia y la prevalencia anual de la esquizofrenia es de 15,2/100000 habitantes y 3,3/1000 habitantes, respectivamente (Tandon, Keshavan y Nasrallah, 2008). Sin embargo no todas las personas con esquizofrenia cumplen necesariamente con los criterios de discapacidad y duración que definen el TMG (Ruggeri et al., 2000). Los primeros estudios epidemiológicos que intentaron superar estas dificultades se encontraron con una tercera dificultad relacionada con la propia definición de TMG. Por ejemplo en la revisión realizada por Schinnar et al. (1990) se identificaron hasta 17 definiciones distintas de TMG utilizadas en EE.UU. entre 1972 y 1987. Utilizando estas definiciones de TMG con dimensiones y criterios operativos

diversos, la prevalencia oscilaba entre el 4% al 88% en una misma muestra de 222 adultos ingresados, en función de qué definición se aplicara (Schinnar et al., 1990).

Utilizando dos tipos de definiciones basadas en la propuesta de el NIMH (1987) Ruggeri et al., (2000) realizan el primer estudio epidemiológico en Europa sobre datos de prevalencia del TMG. Estos autores estudian la prevalencia anual en Londres y en Verona utilizando la definición de tres dimensiones de TMG pero con los siguientes criterios: diagnóstico de psicosis no orgánica, estar en tratamiento durante 2 o más años, puntuaciones igual o menor a 50 en *Global Assessment of Functioning* o GAF (APA, 1994). Utilizando estos criterios obtienen tasas de prevalencia anual de 2,55/1000 habitantes (datos estimados en población general) y de 1,34/1000 habitantes (datos registrados en población atendida en salud mental) en Londres y Verona, respectivamente. Los mismos autores estudian la prevalencia pero utilizando solo los dos criterios referidos al tiempo de tratamiento y a los déficit de funcionamiento. Es decir incluyen a personas tanto con trastornos psicóticos como con otros trastornos no psicóticos que cumplen los criterios de la dimensión temporal y de déficit moderados o severos en el funcionamiento. Utilizando estas dos dimensiones observan que la tasa de prevalencia de TMG en Verona es de 2,33/1000 habitantes de los cuales solo el 58% tenía un trastorno psicótico. En este estudio se observa que las tasas de prevalencia varían en función de los criterios de selección de la muestra. Cuando el criterio diagnóstico es más restrictivo e incluye únicamente a personas con trastornos psicóticos la prevalencia es menor (1,34/1000 habitantes) que si en el criterio diagnóstico se incluyen otros diagnósticos que conllevan importantes limitaciones funcionales y elevado tiempo de tratamiento (2,33/1000 habitantes).

En nuestro país se han realizado estimaciones aproximadas de prevalencia. Por ejemplo el Instituto de Mayores y Servicios Sociales estima que el 0,3% de la población general en España (3/1000 habitantes) tendría un TMG (IMSERSO, 2007). Este porcentaje se obtiene mediante estimaciones indirectas de prevalencia ante la falta de censos y siguiendo los tres criterios propuestos por el NIMH. A nivel regional por ejemplo en Andalucía se estima una prevalencia de de 1,5-2,5 por 1000 habitantes (del Río Noriega, 2006). En resumen según los datos disponibles en los estudios europeos y

en los documentos técnicos sobre salud mental en España, las tasas de prevalencia del TMG estarían situadas entre el 1,34 y 3 por cada 1000 habitantes dependiendo de si la dimensión diagnóstica se considera de forma más o menos restrictiva.

#### **1.4. Etiología de los TMG**

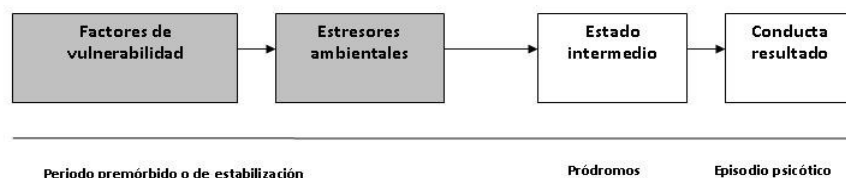
En la actualidad la etiología de ciertos trastornos mentales graves como la esquizofrenia todavía permanece sin aclarar (Tandon et al., 2008). Diferentes investigaciones han estudiado la etiología de la esquizofrenia desde una perspectiva biológica estudiando la contribución genética, neurológica y neuroquímica o desde una perspectiva psicosocial considerando la contribución de las alteraciones cognitivas, los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento, la relevancia de los eventos estresantes o el clima familiar en la etiología del trastorno (Cañamares et al., 2001). Las diferentes perspectivas habrían establecido hipótesis que no han podido determinar de forma suficiente y precisa la génesis de la esquizofrenia. Pese a la relevancia de muchos de los hallazgos de las diferentes investigaciones, parecería que desde las diferentes perspectivas solo se han encontrado respuestas parciales (Zubin y Spring, 1977). En este contexto los enfoques más holísticos alejados de perspectivas reduccionistas resultarían útiles para la comprensión de los trastornos mentales como se expondrá a continuación (Perris, 2004).

##### **1.4.1. El modelo de vulnerabilidad-estrés.**

En la actualidad desde la comunidad científica y los ámbitos profesionales se apuesta por modelos multifactoriales que integren las evidencias favorables aportadas desde diferentes perspectivas e hipótesis que no pueden por si solas explicar el origen de ciertos trastornos mentales. Estos modelos multifactoriales parten de la hipótesis de la vulnerabilidad, es decir comparten la premisa de que los individuos presentan cierta vulnerabilidad que puede ser descompensada por estresores psicosociales (Ochoa y Vázquez, 1989). La referencia clásica al modelo de vulnerabilidad es la propuesta de Zubin y Spring (1977) que explica la aparición de las crisis psicóticas en esquizofrenia (Figura 1.1.). Éste modelo postula que las personas tienen un grado de vulnerabilidad o



predisposición a presentar episodios psicóticos que puede verse favorecida ante ciertos acontecimientos ambientales estresantes. Tanto la vulnerabilidad como el estrés son factores necesarios para explicar la aparición de síntomas psicóticos. Cada persona tendría un nivel de vulnerabilidad a la esquizofrenia que vendría determinado por aspectos innatos, fundamentalmente de herencia genética, pero también por aspectos adquiridos debidos a la influencia de situaciones traumáticas, enfermedades específicas, complicaciones perinatales, experiencias familiares y otros eventos vitales. Igualmente este modelo diferencia los estresores o eventos que pueden precipitar la aparición de un episodio psicótico. Estos eventos serían exógenos o sucesos vitales estresantes como la pérdida de un ser querido o un divorcio, o bien eventos endógenos tales como la ingesta de tóxicos (Zubin y Spring, 1977).



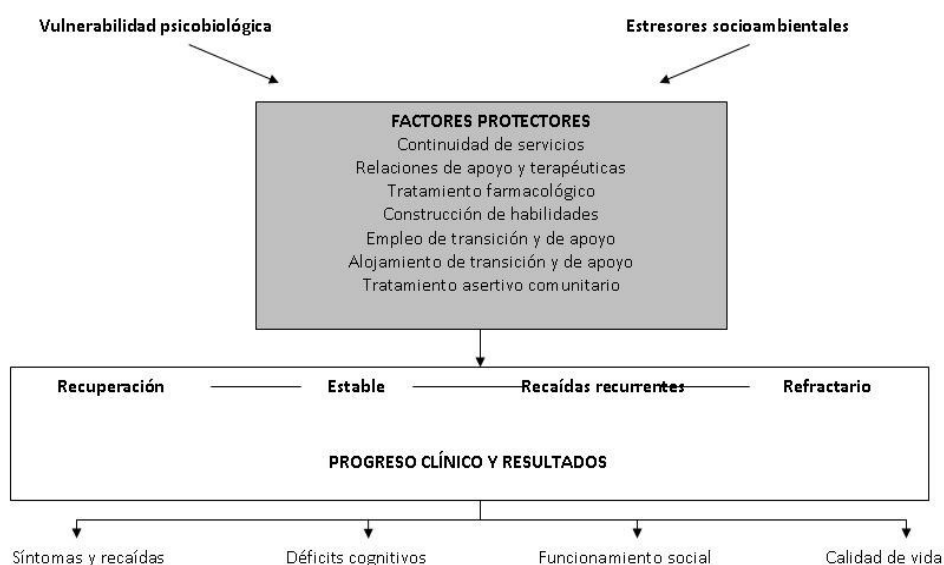
**Figura 1.1.** Modelo de vulnerabilidad en la esquizofrenia

Una versión más detallada del modelo de vulnerabilidad-estrés en la esquizofrenia es la propuesta por Nuechterlein y Liberman (1985) citado de Ochoa y Vázquez (1989) que incluye factores específicos que incrementarían la vulnerabilidad así como factores de protección personal y ambiental. Para estos autores los factores de vulnerabilidad personal estarían conformados por alteraciones dopaminérgicas, déficit de atención o reducida capacidad de procesamiento, una hiperreactividad autonómica ante los estímulos aversivos así como rasgos de personalidad esquizotípicos (Nuechterlein y Liberman, 1985). Estas alteraciones estarían presentes en la persona años antes y después de la aparición de la primera crisis psicótica. A partir de este modelo el estudio de las alteraciones cognitivas como potenciales marcadores estables de vulnerabilidad a la esquizofrenia cobró especial relevancia (Vázquez, López-Luengo y Florit, 1996). A este respecto recientes estudios muestran que las personas con alto riesgo a la psicosis antes de que comiencen a manifestar claramente síntomas del trastorno, presentan un peor desempeño en tareas de memoria verbal, atención,

memoria operativa y funciones ejecutivas en comparación con personas sanas no diagnosticadas (Ücok et al., 2013). Estos déficit en el desempeño de pruebas neuropsicológicas, como las que presentan en tareas de memoria espacial, podrían ser uno de los principales predictores de la transición a la psicosis (Bang et al., 2014). La evaluación cognitiva de los familiares de personas con esquizofrenia también facilita información relevante sobre el papel de las alteraciones cognitivas como marcadores de vulnerabilidad. Concretamente los familiares de personas con esquizofrenia también mostrarían alteraciones en las funciones ejecutivas y en la atención en comparación con controles no diagnosticados (Ücok et al., 2013).

En el modelo de Nuechterlein y Liberman (1985) los estresores ambientales incluyen los sucesos vitales estresantes, una comunicación familiar crítica o con sobreimplicación emocional conocida como emoción expresada así como un ambiente social con excesiva estimulación. El impacto del estresor dependería de la calidad y cantidad de apoyo social disponible para la persona (Nuechterlein y Dawson, 1984). Los estresores ambientales pueden desencadenar los estados intermedios o síntomas prodrómicos que preceden a una recaída o crisis psicóticas. La aparición de estos síntomas prodrómicos genera una mayor dificultad en la persona para funcionar en su medio social lo que puede aumentar la percepción de estrés produciendo finalmente los síntomas característico de un episodio psicótico (Cañamares et al., 2001). Según el modelo de vulnerabilidad-estrés de Nuechterlein y Liberman (1985) ciertos factores personales y ambientales pueden proteger a la persona vulnerable ante las situaciones de estrés. Estos factores incluyen la capacidad de resolución de los problemas familiares, las intervenciones psicosociales de apoyo, la adquisición de estrategias de afrontamiento y la medicación antipsicótica. El papel protector de las habilidades de afrontamiento ante las recaídas ya se había destacado en el modelo de vulnerabilidad original de Zubin y Spring (1977). Revisiones posteriores del modelo de vulnerabilidad han enfatizado la relevancia de los factores de protección. Por ejemplo en el modelo propuesto por Liberman (2008) los factores de protección reducirían los efectos nocivos de la combinación entre la vulnerabilidad psicobiológica y el estrés socioambiental (Figura 1.2.). Entre estos efectos nocivos estaría el aumento de la sintomatología y los déficit cognitivos así como el empeoramiento del funcionamiento

social y de la calidad de vida. Mientras algunos de los factores de protección tienen relación con la persona con TMG como son la resiliencia, un adecuado funcionamiento cognitivo o la competencia social, existen otros factores que guardan relación con el tratamiento disponible (Lieberman, 2008). A este respecto las prácticas basadas en la evidencia i.e., intervenciones que han probado mediante investigaciones tener un efecto positivo en la salud de la población, pueden proteger al individuo del deterioro fomentando su recuperación. Autores como Liberman (2008) han destacado que algunas de estas “buenas prácticas” incluyen un adecuado tratamiento farmacológico, estrategias para el manejo del trastorno, entrenamiento en habilidades sociales, apoyo familiar adecuado, apoyo en el empleo, alojamiento normalizado y un tratamiento asertivo comunitario. Este tipo de intervenciones actuarían como factores de protección si son ofrecidas de forma integral, continua, coordinada y orientada hacia la persona que las recibe.



**Figura 1.2.** Modelo de vulnerabilidad-estrés-factores de protección en enfermedad mental (Lieberman, 2008)

El modelo de vulnerabilidad-estrés resulta útil para explicar la génesis tanto de trastornos específicos como la esquizofrenia como de otros trastornos mentales graves. Este es el caso del modelo de Liberman (2008) presentado previamente, o del modelo de vulnerabilidad individual de Perris (2004), dirigidos a la explicación de la

etiología del TMG y no de trastornos mentales específicos. En conjunto el modelo de vulnerabilidad presentaría múltiples fortalezas que se expondrán a continuación. Por un lado supone un cambio conceptual en la propia definición del TMG. El modelo de vulnerabilidad se formula desde el carácter episódico de muchos trastornos mentales describiendo así dichos trastornos desde la vulnerabilidad o predisposición y no por la presencia continuada de sintomatología. Esta descripción del trastorno mental fomentaría un cambio en la imagen social de la persona que padece el trastorno y en la aceptación y vivencia del trastorno (Zubin y Spring, 1977) que pasaría de ser un individuo “enfermo” a un individuo “vulnerable”. Por otro lado el modelo presenta fortalezas prácticas siendo uno de los referentes teóricos de las estrategias terapéuticas actuales en el TMG (Perris, 2004). Mientras el modelo explicaría el origen del trastorno también explicaría su evolución, posibilitando estrategias de prevención de nuevas recaídas psicopatológicas así como la adaptación del tipo de intervención a la fase en las que se encuentra la persona vulnerable (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Se ha señalado que los modelos etiológicos a parte de facilitar la comprensión sobre el origen de los trastornos mentales, deben ser útiles para la planificación de su tratamiento (Perris, 2004). En la actualidad el tratamiento del TMG va dirigido a fomentar los factores de protección, identificar y reducir los estresores ambientales que habitualmente pueden precipitar una recaída (por ejemplo, mejorando el clima familiar), así como a detectar los síntomas prodrómicos. Pero el modelo de vulnerabilidad también presentaría algunas limitaciones. Por un lado se ha señalado que las revisiones actuales del modelo de vulnerabilidad podrían subestimar el papel de experiencias vitales traumáticas, como el abuso sexual y físico en la infancia, otorgándole solo el papel de disparador de una vulnerabilidad previa y no el de posible factor de vulnerabilidad en si mismo (Read et al., 2006). Por otro lado, como destaca Cañamares et al., (2001), el modelo incluye muchas variables pero no especifica el peso relativo de cada una de ellas. Algunos autores señalan que por ejemplo en la esquizofrenia actualmente no hay suficiente evidencia sobre la propia contribución genética, la relevancia exacta de los factores ambientales en el desarrollo del trastorno o la interacción entre los factores genéticos y ambientales (Tandon et al., 2008). Sin embargo pese a las limitaciones destacadas en

la actualidad es considerado por muchos el mejor de los modelos disponibles para explicar la etiología y diseñar la intervención en los TMG.

## **1.5. Intervención y tratamiento del TMG**

### **1.5.1. Evolución de tratamiento del TMG**

El tratamiento a las personas con TMG ha evolucionado de forma notable en el siglo XX y hasta la actualidad, experimentando dos cambios significativos. A principios del siglo pasado la atención a los TMG se caracterizaba por desarrollarse en estructuras sanitarias al margen del sistema sanitario general resultando altamente estigmatizante (Rodríguez y Sobrino, 1997). Así la atención a las personas con trastornos mentales consistía generalmente en su internamiento en hospitales psiquiátricos habitualmente alejados de los núcleos urbanos, que ofrecía más asilo y custodia que atención psiquiátrica propiamente dicha. Aunque en esos momentos se entendía que las principales necesidades de las personas con TMG eran las de su diagnóstico y tratamiento médico, los hospitales psiquiátricos prestaban una atención en condiciones deficientes caracterizada por la masificación, la falta de intimidad y despersonalización, lo que potenciaba la cronificación y el deterioro (Cañamares et al., 2001; Rodríguez y Sobrino, 1997). El primer cambio en el abordaje a los TMG surgió pasada la primera mitad del siglo XX impulsado por los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico de los trastornos mentales que dio origen al proceso de desinstitucionalización, la reforma psiquiátrica y a lo que hoy conocemos como la atención comunitaria en salud mental (Laviana-Cuetos, 2006). La reforma psiquiátrica en nuestro país comienza, al menos a nivel jurídico, con la Ley General de Sanidad de 1986. Como señala Desviat (2010) la reforma surge tanto por razones técnicas, esto es, el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico, como por razones éticas, en concreto la devolución de la dignidad, el respeto y los derechos para las personas con trastornos mentales. Cuando se inicia la reforma psiquiátrica en España la atención comunitaria y las prácticas en rehabilitación estaban ya instauradas en otros países como EE.UU., Reino Unido o Italia (Desviat, 2010). Esas experiencias de desinstitucionalización en otros países impulsaron la propia reforma psiquiátrica en

España y el modelo de atención comunitaria en salud mental. La primera experiencia fue la de EE.UU. donde desde 1955 se produjo el cierre de gran parte de las instituciones psiquiátricas. Aunque también otras experiencias más cercanas impulsan la reforma en nuestro país, como son la reforma psiquiátrica italiana de finales de los años 70 y el proceso de desinstitutionalización del Reino Unido (Laviana-Cuetos, 2006). En nuestro país la reforma psiquiátrica se realiza en el contexto de la propia reforma sanitaria favoreciendo la integración de los servicios de salud mental en el sistema sanitario general, la creación de servicios especializados de atención a las personas con TMG y el cierre o reconversión de muchas instituciones psiquiátricas (AEN, 2012). Junto al tratamiento farmacológico, se desarrollan diferentes intervenciones psicosociales con el objetivo de atender las necesidades biopsicosociales de las personas con TMG (Lieberman, 1994). A este respecto las principales necesidades de las personas con TMG serían las de la población general i.e., recibir educación, tener empleo, suficiencia económica, relacionarse u ocupar el tiempo libre, junto a la de recibir un tratamiento adecuado, que incluya la rehabilitación psicosocial. La rehabilitación psicosocial se define como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial dirigidas a que la personas con TMG puedan “reintegrarse en la comunidad y mejorar el funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez y Sobrino, 1997).

El segundo cambio importante en la atención al TMG ha comenzado ha desarrollarse en las últimas décadas del siglo XX y se ha denominado el modelo o perspectiva de la recuperación. La atención en salud mental desde la perspectiva de la recuperación se basa fundamentalmente en cuatro valores: están centrados en la persona que presenta déficit pero también fortalezas, requieren la participación de la persona en todos los aspectos de su proceso de recuperación incluso el diseño de los servicios, respeta el derecho a decidir de la persona que atiende, y está centrado en el potencial de crecimiento o la capacidad inherente de toda persona a recuperarse (Farkas et al., 2005). Esta perspectiva surge por la confluencia de los resultados de estudios de seguimiento a largo plazo de personas con TMG (Capítulo 2) con las necesidades manifestadas por el movimiento asociativo de usuarios de los servicios de salud mental

(López y Laviana-Cuetos, 2007). El modelo de la recuperación en salud mental complementa la atención comunitaria en salud mental así como la rehabilitación psicosocial. La profunda transformación que ha experimentado la atención en salud mental se reflejaría en los cambios en la imagen social de las personas con TMG que pasaría de ser “loco a enfermo y finalmente a ciudadano” junto a los cambios en los propios sistemas de atención en salud mental (Laviana-Cuetos, 2006). La atención comunitaria que había comenzado a desarrollarse con la reforma psiquiátrica, se complementa así con esta nueva perspectiva que otorga el protagonismo al usuario de los servicios de salud mental comenzando a aparecer nuevos servicios como los grupos de ayuda mutua u otros servicios dirigidos por usuarios (Chamberlin, 2006).

Pese a las dos grandes transformaciones experimentadas, i.e. la atención comunitaria en salud mental y la perspectiva de la recuperación, la atención a las personas con TMG se enfrenta todavía a diferentes retos. Aunque la reforma psiquiátrica supuso que el hospital psiquiátrico perdiera la hegemonía del tratamiento en salud mental y fomentó el desarrollo de recursos alternativos, existirían desigualdades en la implantación de recursos de rehabilitación entre Comunidades Autónomas e insuficiencia de los llamados “recursos intermedios” (Desviat, 2011). También se ha señalado la ausencia de programas de prevención así como de programas específicos para personas con patología dual, personas con TMG sin hogar o en prisión. Otra de las limitaciones sería la poca participación de los movimientos asociativos en la planificación y evaluación de los servicios en salud mental, siendo ésta un ingrediente fundamental de la perspectiva de la recuperación (Desviat, 2011). Por otro lado la transformación de la atención en salud mental no ha eliminado suficientemente el aislamiento, la exclusión y el estigma hacia las personas con TMG en comparación con otras condiciones de salud. Como señala Blanco (2010), con el nuevo modelo de atención comunitaria en salud mental “la exclusión sigue teniendo lugar aunque la reclusión y el aislamiento no se produce en una sala de hospital sino en su propio dormitorio”. El estigma social sería un obstáculo en la atención en salud mental como se expondrá en el Capítulo 3. Por último el paradigma de la recuperación requiere alejarse de modelos explicativos biologicistas reduccionistas de los trastornos mentales. Sin embargo se ha destacado que estas hipótesis etiológicas son utilizadas

de forma habitual en muchos servicios de atención al TMG, ofreciendo un tratamiento dirigido a los síntomas y los déficit y generando un pesimismo injustificado sobre sus posibilidades de recuperación (Read et al., 2006). Pese a estas limitaciones en la implantación de la perspectiva de la recuperación podría afirmarse que este modelo se ha convertido en el principio organizativo clave en los servicios de salud mental de muchos países de nuestro entorno y apoyada por sus gobiernos y administraciones públicas. Las experiencias en países como EE.UU., Nueva Zelanda, Australia o Canadá ha facilitado que esta nueva perspectiva de la recuperación haya ido instalándose progresivamente en nuestra “cultura asistencial” (Hernández, 2013).

### **1.5.2. Principales intervenciones en el TMG.**

El abordaje biopsicosocial de las personas con TMG supone dar cobertura a las múltiples necesidades que presentan en el ámbito sanitario, psicológico, social y familiar. Aunque el conjunto de personas que presenten un TMG presenten determinadas necesidades en común, la intervención se concreta en cada persona de un modo individualizado en función de la interacción de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales así como de la atención y servicios que reciben (AEN, 2012). En la actualidad los resultados de numerosas investigaciones en salud mental permiten ofertar intervenciones basadas en la evidencia. La práctica basada en la evidencia se ha definido como aquella que integra la mejor evidencia de las investigaciones y la experiencia clínica con los valores del paciente (Mueser, Torrey, Lynde, Singer y Drake, 2003). Estas practicas pueden ofertarse desde recursos diversos (Unidades de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, etc.) que implican equipos profesionales de múltiples disciplinas como psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, etc. En todo caso las intervenciones deben prestarse de forma integral, personalizada y continuada en el tiempo a través de diferentes dispositivos y equipos profesionales bien coordinados (López y Laviana-Cuetos, 2007). Este sería el objetivo fundamental de los programas de continuidad de cuidados que organizan la atención a las personas con TMG para posibilitar el acceso al tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuado a su trastorno y momento



vital durante un periodo de tiempo prolongado (Sobrino-Calzado y Fernández-Liria, 2010).

Las intervenciones farmacológicas y psicosociales están encaminadas a minimizar la vulnerabilidad de la persona con TMG ante situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social. Las intervenciones que se detallan a continuación se han dividido en farmacológicas, psicosociales y de ayuda mutua (Figura 1.4.). Las intervenciones farmacológicas y psicosociales expuestas son las recomendadas en las Guías de Práctica Clínica y otros documentos técnicos de consenso sobre la atención a las personas con TMG (del Río Noriega, 2006; Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012). La ayuda mutua o el apoyo entre iguales es un tipo de intervención que se ha ido integrando paulatinamente en los últimos años como parte de los servicios de salud mental. Prueba de ello son las experiencias a nivel internacional en EE.UU., Canadá y Reino Unido así como a nivel nacional con el programa de ayuda mutua en Andalucía o el Proyecto Emilia en Cataluña (Bono del Trigo, Navarro y Mena, 2012; Palomer, Izquierdo, Leahy y Masferrer, 2010).



**Figura 1.3.** Principales intervenciones en el TMG

## **Intervenciones farmacológicas**

El tratamiento farmacológico se dirige a la indicación y administración de psicofármacos para el tratamiento de las recaídas, la prevención de las mismas y la mejora de los síntomas entre episodios. Las Guías de Práctica Clínica realizan recomendaciones para la elección de tipo de fármaco y dosis que depende del diagnóstico y la fase evolutiva del trastorno, i.e., episodio agudo, tras una recaída, fase de mantenimiento y prevención de recaídas. De esta forma una de las recomendaciones sería que el tratamiento de primera elección fuera el que posea una mejor relación entre la eficacia y la seguridad de la personas con TMG. Las personas con TMG pueden recibir diferentes tipos de psicofármacos dependiendo de la fase evolutiva del trastorno, sintomatología, efectos secundarios o intolerancia a ciertos fármacos. Los tipos de fármacos que se utilizan en el tratamiento del TMG son los antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo o ansiolíticos. Por otro lado la medicación antiparkinsoniana se recomienda para prevenir o reducir reacciones adversas del propio tratamiento farmacológico. Otra de las recomendaciones en relación al tratamiento farmacológico es la de ofrecerse junto a estrategias que promuevan la adherencia al tratamiento y en combinación con intervenciones psicosociales (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Así se ha señalado que una característica de calidad de la terapia farmacológica sería que la elección del fármaco sea hecha conjuntamente entre psiquiatra y paciente tras la transmisión de información completa al paciente y a su familia (del Río Noriega, 2006).

## **Intervenciones psicosociales**

### ***Terapia Cognitivo Conductual***

La terapia cognitivo conductual (TCC) en el TMG tiene objetivos diversos entre los que destacan el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, la intervención con delirios y alucinaciones, y la prevención de recaídas (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2010). La TCC se aplica, tras una evaluación individualizada, en formato individual y/o

grupal. Se recomienda que la duración de la TCC sea prolongada, de mas de un año, cuando el objetivo sea mejorar la sintomatología resistente al tratamiento farmacológico (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Existe suficiente evidencia de la utilidad de la TCC en la disminución de la sintomatología positiva fundamentalmente de las alucinaciones, combinada con el tratamiento estándar en personas con esquizofrenia (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006). En personas con trastorno bipolar la TCC junto al tratamiento farmacológico conductual sería eficaz en la prevención de recaídas y de las hospitalizaciones psiquiátricas (Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

### ***Habilidades Sociales***

El entrenamiento en habilidades sociales tiene como objetivo reducir las dificultades en las relaciones sociales e incrementar la capacidad de afrontamiento de situaciones de interacción social (Cuevas-Yust, 2010). Son programas que utilizan técnicas conductuales dirigidas al desarrollo de nuevas habilidades como instrucciones sobre habilidades, *role playing*, entrenamientos y *feedback* (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Las habilidades sociales y la competencia social, i.e., la capacidad para conseguir metas significativas a través de la interacción con otras personas, se consideran factores protectores ante las recaídas. El entrenamiento en habilidades sociales conlleva la adquisición de un amplio rango de componentes desde la percepción social, habilidades conversacionales, asertividad, expresión emocional, comunicación con los profesionales, etc. Aunque normalmente el entrenamiento en habilidades sociales se ofrece en formato grupal, ya que aumenta las posibilidades de observar modelos y obtener refuerzos, también puede ofrecerse en formato individual o incluyendo a la familia (Cuevas-Yust, 2010). En personas con esquizofrenia se recomienda ofrecer entrenamiento en habilidades sociales cuando existan dificultades de ansiedad y estrés ante la interacción social. El entrenamiento en habilidades sociales produce mejorías en la interacción social, la sintomatología, el funcionamiento social y la calidad de vida cuando se compara con el tratamiento estándar (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

## ***Rehabilitación Cognitiva***

Los programas de rehabilitación cognitiva se dirigen a mejorar los procesos cognitivos y a adaptar el entorno para reducir la repercusión de los déficit en las alteraciones en el funcionamiento psicosocial mediante técnicas compensatorias (López-Luengo, Florit y González-Andrade, 2010). El deterioro cognitivo se considera en la actualidad un objetivo primario en el tratamiento de la esquizofrenia (AEN, 2012). Se recomienda que este tipo de programas estén integrados en programas más amplios de rehabilitación y que incluyan intervenciones “compensadoras”, es decir de cambios de estrategia y entrenamiento en habilidades o técnicas de afrontamiento ante los déficit (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Igualmente se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el propio entorno social para reducir la repercusión del deterioro cognitivo en la vida cotidiana. Este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaz en la adaptación social y prevención de recaídas frente al tratamiento estándar (San Emeterio et al., 2003). La rehabilitación cognitiva mejoraría la cognición global, el funcionamiento psicosocial y la sintomatología (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

## ***Psicoeducación y prevención de recaídas***

Las intervenciones psicoeducativas se dirigen a mejorar los conocimientos sobre el trastorno y a desarrollar habilidades para el manejo de la sintomatología. Según el modelo de vulnerabilidad, las recaídas van precedidas por pródromos que tienen un valor predictivo sobre las mismas. Así la correcta identificación y detección de los pródromos por parte de los profesionales, usuarios y familiares puede facilitar el control sobre la recaída (Carrasco, Pradana y Vehil, 2010). Las personas con TMG presentan con frecuencia falta de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento así como altas tasas de recaídas. Las intervenciones psicoeducativas utilizan técnicas cognitivo conductuales e intervenciones motivacionales para ayudar a la persona a reconocer sus síntomas y hacer una adecuada atribución de los mismos así como identificar los factores de riesgo y protección para poder elaborar un plan

individualizado de prevención de recaídas. Las intervenciones psicoeducativas pueden desarrollarse en formato grupal o individual, preferiblemente en una fase relativamente estable del trastorno. La inclusión de la familia en este tipo de intervenciones facilita su apoyo en la elaboración conjunta de un plan de prevención de recaídas y reduce las recaídas o los reingresos (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Los programas psicoeducativos están integrados en un plan de tratamiento individualizado considerando un mínimo de 9 meses de duración del programa intensivo y la necesidad de sesiones de recuerdo. Los programas de prevención de recaídas pueden iniciarse con sesiones individuales dirigidas a explorar el significado que la persona le da a la enfermedad y el establecimiento de metas de recuperación personal (Carrasco et al., 2010). La psicoeducación mejora el conocimiento del trastorno y reduce el número de recaídas psicopatológicas e ingresos hospitalarios (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012; Pfammatter et al., 2006).

### ***Intervención familiar***

Los programas de intervención y psicoeducación familiar tienen como objetivos fundamentales ofrecer una información realista sobre el trastorno, mejorar la comunicación familiar y reducir la emoción expresada, mejorando la resolución de problemas y las expectativas sobre el familiar. Las intervenciones familiares se centran frecuentemente en reducir el nivel de emoción expresada en la familias, es decir el estilo de comunicación caracterizado por la sobreprotección, criticismo y hostilidad, ya que se relaciona con mayores probabilidades de tener una recaída (Butzlaff y Hooley, 1998). Más allá de estos objetivos la colaboración de la familia resulta fundamental para la generalización de las intervenciones en rehabilitación psicosocial. Las intervenciones pueden desarrollarse en formato unifamiliar o multifamiliar recomendándose incluir al familiar diagnosticado dentro de la intervención (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). De forma específica se recomienda que la intervención tenga una duración de al menos seis meses o diez sesiones que incluyan componentes psicoeducativos junto a técnicas

de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales. La intervención familiar reduce los síntomas persistentes, las recaídas e ingresos hospitalarios y aumenta la calidad de vida de las personas con TMG (Pfammatter et al., 2006). Igualmente reduce la carga percibida por los familiares y los niveles de emoción expresada dentro de la familia (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Actividades de la vida diaria***

Las intervenciones en las actividades de la vida diaria (AVD) tienen como objetivo facilitar la adaptación y el mantenimiento autónomo de las personas con TMG en su entorno. Incluyen técnicas de modificación de conducta y motivacionales para mejorar el número de habilidades y la frecuencia de conductas relacionadas con los aspectos más básicos de las actividades de la vida diaria (como la higiene personal, el vestido, descanso o la actividad sexual) como actividades más instrumentales tales como el cuidado de la salud, cuidado del entorno doméstico, compras, manejo de la economía y cuidado de otras personas y de las mascotas (Martínez, Durante y Noya, 2010). La intervención sobre estos aspectos se realiza de forma individual y/o grupal priorizando por el entrenamiento en el domicilio o en el entorno de la persona. Se recomienda ofrecer entrenamientos en las AVD a las personas que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano aunque todavía no se dispone de suficiente evidencia sobre la eficacia de este tipo de entrenamiento (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

### ***Programas de Ocio***

Los programas de ocio en el tiempo libre se dirigen fundamentalmente a favorecer la interacción social y el empleo del tiempo libre en actividades significativas, utilizando en la medida de lo posible los recursos de la comunidad. Este tipo de programas se adaptan a los intereses de los participantes y también a su nivel de autonomía. Los programas de ocio en personas con TMG ayudan a mejorar la satisfacción con la propia vida y con las relaciones sociales, disminuyen la percepción de soledad, fomentan la

autoestima y mejoran el funcionamiento social (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Rehabilitación laboral***

Los programas de rehabilitación y apoyo a la integración laboral plantean diferentes objetivos, desde fomentar la motivación por el empleo, orientar vocacionalmente para la formación o empleo, adquirir hábitos preelaborales, mejorar la cualificación profesional o adquirir herramientas de búsqueda de empleo, hasta acceder y mantener un puesto de trabajo. Estos objetivos se trabajan a través de intervenciones diversas para facilitar que la persona con TMG acceda o bien a una actividad prelaboral, por ejemplo, en talleres de entrenamiento prelaboral, a un empleo protegido, por ejemplo, en Centros Especiales de Empleo para personas con discapacidad, o a un empleo normalizado. Los programas de empleo con apoyo ofrecen soporte en el acceso y mantenimiento de puestos de trabajo normalizados y resulta más eficaz que el entrenamiento prelaboral en el TMG consiguiendo más remuneración y trabajando durante más tiempo (AEN, 2012; Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Igualmente se recomienda ofrecer programas de empleo protegido para las personas con TMG motivadas por trabajar, basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata y con apoyo individual frecuente. La rehabilitación cognitiva resulta un componente fundamental en los programas dirigidos al empleo, especialmente cuando existe historia de fracaso laboral previo (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Alojamiento y atención residencial en la comunidad***

La atención residencial tiene como objetivo facilitar un adecuado mantenimiento en un alojamiento lo más normalizado posible adaptándose a las preferencias, condiciones socioeconómicas y autonomía de la persona con TMG. Muchas personas con TMG tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. En ocasiones estas dificultades pueden incrementar los

reingresos hospitalarios, dificultar la desinstitucionalización de personas que permanecen ingresadas, aumentar el riesgo de situaciones de marginación sin hogar o provocar la sobrecarga de las familias que prestan los cuidados. Se recomienda que la oferta de programas residenciales comunitarios se incluya dentro de programas psicosociales amplios. Las necesidades de atención residencial son heterogéneas e incluyen desde el apoyo en el propio domicilio en personas que viven solas o con su familia hasta el apoyo más continuado en personas que están atendidas en viviendas supervisadas o residencias comunitarias (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

### **Ayuda mutua o apoyo entre iguales**

La ayuda mutua se define como “el apoyo social, emocional y frecuentemente instrumental que mutuamente es prestado por personas con una condición de salud mental a otros con quienes comparte una condición de salud similar para lograr un cambio social o personal deseado” (Solomon, 2004). La ayuda mutua se desarrolla entre personas que han experimentado y afrontado un trastorno mental y son relaciones entre “iguales” basadas en el respeto y la responsabilidad compartida. El valor de este tipo de intervenciones lo tiene la propia experiencia de la persona que permite que se desarrollen y compartan estrategias de afrontamiento ante el trastorno y fomenta su participación y autodeterminación en lugar de depender de los sistemas de salud mental. La ayuda mutua entre personas con TMG presenta diferentes modalidades: desde la ayuda mutua que se establece de manera informal, los grupos de autoayuda, los servicios dirigidos por personas con trastorno mentales, hasta la inclusión como proveedores o agentes de ayuda mutua en los servicios de salud mental (Davidson, Bellamy, Guy y Miller, 2012). Aunque inicialmente la ayuda mutua se inició al margen de los servicios tradicionales de salud mental (Chamberlin, 2006) en la actualidad se está incluyendo a las personas con TMG dentro de los sistemas de atención en salud mental como proveedores de servicios de forma remunerada o voluntaria. De hecho la revisión reciente de la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia y la Psicosis en personas adultas del *National Institute of Clinical Excellence* (NICE, 2014) recomienda el apoyo entre iguales como



parte del tratamiento en los trastornos psicóticos con el objetivo de mejorar la calidad de vida y las experiencias de los usuarios de los servicios de salud mental. Concretamente se recomienda que el apoyo sea prestado por una persona recuperada de la psicosis y estable que esté capacitada y formada para ejercer como agente o proveedor de ayuda mutua. La inclusión de este tipo de intervenciones en los servicios de salud mental podría facilitar información y asesoramiento sobre la psicosis, un uso adecuado de la medicación, la identificación y manejo de los síntomas, la actuación en situación de crisis, el fomento de la red social y el establecimiento de metas personales de recuperación (NICE, 2014).

El desarrollo de este tipo de intervenciones es relativamente reciente y todavía no se ha acumulado suficiente evidencia de sus resultados (NICE, 2014). No obstante parece tener un efecto positivo tanto en el receptor de dicha ayuda, en cuanto a aumentar su participación en la atención que reciben, reducir el uso de las urgencias hospitalarias y el consumo de sustancias en personas con patología dual como para el proveedor de ayuda mutua con un aumento de su empoderamiento y una mejora de la autoestima (Davidson et al., 2012).





**CAPÍTULO 2.**  
**RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL**



## **2. RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL**

### **2.1. Introducción**

Los TMG han sido tradicionalmente considerados problemas de salud mental que cursan con un deterioro progresivo inevitable. Sin embargo en las últimas décadas del siglo pasado esta descripción de la evolución de los TMG ha sido cuestionada fundamentalmente por dos motivos. Por un lado los estudios iniciados tras el cierre de los hospitales psiquiátricos facilitaron el seguimiento durante décadas de las personas que estuvieron ingresadas en ellos. Así estos estudios longitudinales evidenciaron resultados heterogéneos en los TMG destacando un porcentaje significativo de personas que lograron la remisión de los síntomas y un adecuado funcionamiento psicosocial (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss y Breier, 1987a, 1987b; Harrison et al., 2001; Harrow, Grossman, Jobe y Herbener, 2005; Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux y Oepen, 1994; Jaaskelainen et al., 2013). Por otro lado la divulgación realizada por personas con trastornos mentales sobre su propia recuperación ha permitido conocer experiencias favorables de recuperación en salud mental y de los factores que la promueven (Chamberlin, 1978). Estas experiencias se han difundido en buena medida desde los ámbitos de investigación cualitativa y desde nuevas secciones en revistas científicas de impacto como es el caso de la sección *Firts Person Account* del *Schizophrenia Bulletin* (Andresen et al., 2003). Ante este nuevo panorama surge un creciente interés por parte de profesionales, investigadores y usuarios de los servicios de salud mental por revisar la definición de recuperación en salud mental (Andreasen et al., 2005).

El término de recuperación en el ámbito de la salud mental no es reciente. El carácter novedoso es la redefinición del concepto junto al innovador marco de intervención que le acompaña (Rosillo, Hernández y Smith, 2013). De esta forma en las últimas décadas se han desarrollado múltiples definiciones de recuperación que pueden agruparse fundamentalmente bajo dos perspectivas (Silverstein y Bellack, 2008). La primera perspectiva denominada recuperación clínica incluye las definiciones que contemplan la recuperación como un resultado en términos de remisión de síntomas y consecución de logros psicosociales (Lieberman et al., 2002). La segunda perspectiva denominada indistintamente como recuperación psicológica, personal o subjetiva se define desde las percepciones y expectativas de la personas afectadas por el trastorno sobre su propio proceso de recuperación (Andresen et al., 2003; Bellack, 2006; Lysaker et al., 2006; Resnick et al., 2005; Roe et al., 2011; Slade, 2009). En la actualidad una definición completa de recuperación en salud mental integraría tanto criterios clínicos y funcionales con otros más subjetivos y definidos por la persona que padece el trastorno (Andresen, Caputi y Oades, 2010). Reducir el concepto de recuperación en salud mental a su perspectiva clínica podría presentar importantes limitaciones debido a la ausencia en dicha perspectiva de ciertos elementos como son la percepción subjetiva sobre el propio funcionamiento o la satisfacción vital del individuo (del Olmo, 2010). Una definición de recuperación centrada exclusivamente en los resultados clínicos y funcionales podría generar la paradoja de que una persona con un TMG cumpliera criterios operativos de recuperación clínica y que al mismo tiempo se sienta fuertemente estigmatizada y desesperanzada sobre su futuro (Bellack, 2006). De la misma forma una persona podría percibirse recuperada pese a la presencia de síntomas psiquiátricos (Andresen et al., 2010). Así se pondría de manifiesto que la recuperación presenta dos perspectivas diferenciadas y que ambas perspectivas no serían sinónimas ni irían necesariamente asociada la una a la otra (Slade et al., 2014). En el presente capítulo se abordará en primer lugar la definición de la recuperación desde una perspectiva clínica junto a los criterios operativos propuestos en dicha definición. A continuación se describirán estudios clásicos y recientes sobre resultados en la sintomatología y funcionamiento social en personas con esquizofrenia y otros TMG, así como los factores que parecen promover la recuperación desde esa perspectiva. En segundo lugar se abordará la definición de recuperación desde una

perspectiva subjetiva, describiendo las principales características, los indicadores que la definen y las fases del proceso de recuperación. Por último se revisarán las evidencias recientes sobre los estudios de predictores de recuperación subjetiva en personas con esquizofrenia y otros TMG dado su interés para los objetivos del presente trabajo.

.

## **2.2. El concepto de recuperación desde una perspectiva clínica**

Como ya se indicó, la recuperación en salud mental desde una perspectiva clínica u objetiva se ha definido atendiendo fundamentalmente a una dimensión sintomatológica que implica una remisión o reducción significativa de la sintomatología del trastorno, y a una dimensión funcional que conlleva la consecución de un adecuado funcionamiento psicosocial (Lieberman et al., 2002). Junto a la dimensión clínica y la dimensión funcional algunas definiciones de recuperación incluyen una dimensión temporal. De esta forma las diferentes definiciones de recuperación clínica especifican criterios operativos dentro de las tres dimensiones, i.e., sintomatológica, funcional y temporal (Tabla 2.1.).

En relación con la dimensión sintomatológica, mientras algunos trabajos consideran que la recuperación en esquizofrenia supone una total ausencia de síntomas y de tratamiento farmacológico (Harding et al., 1987a, 1987b) otros apuestan por establecer criterios menos restrictivos. Así estos criterios incluyen “puntos de corte” en instrumentos habituales de evaluación psicopatológica que corresponderían a la presencia leve o moderada de sintomatología (Lieberman et al., 2002; Whitehorn, Brown, Richard, Rui y Kopala, 2002). Otro de los criterios propuestos para evaluar la dimensión sintomatológica sería la ausencia de hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos cinco años (Torgalsboen y Rishovd, 2002). Sin embargo este último criterio no es el más utilizado en las definiciones ya que puede carecer de precisión si se considera que muchas personas con TMG no tienen ingresos hospitalarios aunque los precisen debido, entre otros motivos, a la contención o sobreprotección familiar.



En relación a la dimensión funcional de la recuperación se han establecido diferentes criterios para su operativización. El más habitual ha consistido en establecer diferentes “puntuaciones de corte” de funcionamiento psicosocial normalizado en instrumentos como *Global Assessment of Functioning* (APA, 1994). Dichos puntos de corte facilitan la utilización compartida de criterios unificados en los ámbitos aplicados y de investigación. Sin embargo esta escala combina la evaluación sintomatológica con la funcional, no reflejando aspectos exclusivos del funcionamiento psicosocial. Liberman et al. (2002) optan por detallar específicamente los criterios requeridos en la dimensión funcional de la recuperación clínica, aportando mayor especificidad a dicha dimensión. Así los criterios propuestos guardan relación con el funcionamiento vocacional, el mantenimiento de una vida independiente y el establecimiento de relaciones sociales de forma habitual. Concretamente el funcionamiento vocacional de una persona recuperada implica el desarrollo de un trabajo o una formación durante al menos media jornada. En las personas mayores de 60 años y sin expectativas laborales se requiera una participación activa en voluntariado u otras actividades recreativas. Por otro lado el mantenimiento de una vida independiente supone un adecuado desempeño en la administración del dinero, compras, tareas domésticas, una adecuada higiene personal o para iniciar las actividades cotidianas sin precisar de supervisión diaria para ello (Liberman et al., 2002).

Por último la dimensión temporal especifica una duración mínima del mantenimiento de la remisión sintomatológica y los resultados funcionales. Esta dimensión no aparece en todas las definiciones de recuperación clínica. Por ejemplo Harding et al., (1987a) no han establecido un tiempo mínimo de mantenimiento de los resultados. Sin embargo la gran mayoría de definiciones de recuperación clínica en la actualidad incluyen una dimensión temporal aunque entre ellas se observa cierta variabilidad. Mientras algunas definiciones de recuperación clínica establecen una duración mínima de seis meses en la remisión de síntomas (Andreasen et al., 2005) otras proponen una duración de dos o cinco años (Liberman et al., 2002; Torgalsboen y Rishovd, 2002; Whitehorn et al., 2002).

**Tabla 2.1.** Criterios operativos de recuperación en esquizofrenia (Lieberman y Kopelowicz, 2005)

Dimensiones	Estudio			
	Harding et al., 1987	Lieberman et al., (2002)	Torgalsboen y Rishovd (2002)	Whitehorn et al., (2002)
Psicopatología	Ausencia de síntomas y de medicación antipsicótica	Puntuaciones $\leq 4$ en la BPRS	Ausencia de hospitalizaciones psiquiátricas	Puntuaciones $\leq 4$ en la PANSS
Funcionamiento	Trabajo	Trabajo o formación, vida independiente y contacto social	Puntuaciones en GAF > de 65	Puntuaciones en GAF > de 50
Duración	---	Dos años	Cinco años	Dos años

*Nota.* BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; GAF: Global Assessment of Functioning. ---: no especificado

## Estudios sobre recuperación clínica en el TMG

Tanto el proceso de desinstitucionalización iniciado a mediados del siglo XX como el cambio experimentado en los tratamientos han fomentado la investigación sobre la posibilidad de remisión de síntomas y la mejora del funcionamiento psicosocial de las personas con TMG. A continuación se describirán algunos de los trabajos que han aportado resultados sobre la remisión de síntomas y la adquisición de un adecuado funcionamiento psicosocial en personas con esquizofrenia y otros TMG. Concretamente se describirán dos estudios longitudinales clásicos junto a un estudio transversal en población española, así como dos revisiones de estudios longitudinales en esquizofrenia que unifican los resultados de numerosos trabajos previos. Uno de los trabajos referidos clásicamente en la literatura sobre recuperación es el estudio longitudinal del Hospital de Vermont ya que, como destaca Vázquez y Nieto (2010) supuso una de las experiencias desinstitucionalizadoras más innovadoras en su época. Así este estudio evalúa el resultado clínico y funcional en los participantes de un programa de rehabilitación tras tres décadas de seguimiento (Harding et al., 1987a,

1987b). El Hospital de Vermont inicia a partir de 1955 un programa de rehabilitación en la comunidad con las personas con TMG que no respondían al tratamiento farmacológico y que se encontraban “más gravemente enfermas”. Este programa fue diseñado en colaboración con los pacientes e incluía, entre otras, actividades de psicoeducación, auto-ayuda y rehabilitación laboral. A los diez años de iniciarse el programa de rehabilitación dos tercios de los casi trescientos pacientes se mantenían en la comunidad sin requerir una atención hospitalaria. En el seguimiento realizado a los veinticinco años, el 68% de las 168 personas evaluadas presentaban síntomas leves o una ausencia de sintomatología así como un funcionamiento social favorable con puntuaciones por encima de 61 en *Global Assessment Scale* (Harding et al., 1987a, 1987b). Otros trabajos han comparado los resultados de recuperación clínica entre diferentes diagnósticos incluidos en el TMG observando resultados menos favorables en las personas con esquizofrenia en comparación con otros diagnósticos. Concretamente el estudio longitudinal de Harrow et al., (2005) evalúa la sintomatología y el funcionamiento psicosocial en personas con trastornos psicóticos durante 15 años. Entre los hallazgos de este estudio se reporta que el 41% de las personas con esquizofrenia habían experimentado una ausencia de síntomas junto con adecuado funcionamiento psicosocial durante un año o más en los 15 años de seguimiento en comparación con el 75% las personas con trastornos no psicóticos (Harrow et al., 2005). En cuanto a la población española San et al., (2007) evalúan la remisión de la sintomatología y la consecución de un adecuado funcionamiento en más de 1000 personas con esquizofrenia mediante un estudio trasversal. Los principales hallazgos de este trabajo indicaron que el 44,8% de las personas evaluadas cumplían los criterios de remisión de síntomas positivos y negativos, y el 10,5% presentaban un funcionamiento psicosocial normalizado establecido con puntuaciones mayores de 81 en *Global Assessment Scale* (APA, 1994). La acumulación de resultados sobre la sintomatología y el funcionamiento social en el TMG ha favorecido las revisiones de estudios longitudinales. Así Hegarty et al., (1994) revisaron los resultados de más de 300 estudios longitudinales de personas con esquizofrenia. Estos autores reportaron en los diferentes estudios los porcentajes de personas con esquizofrenia que mostraban mejorías en los síntomas, presentando por tanto síntomas leves o una remisión completa, así como el porcentaje de personas que mejoraban en su

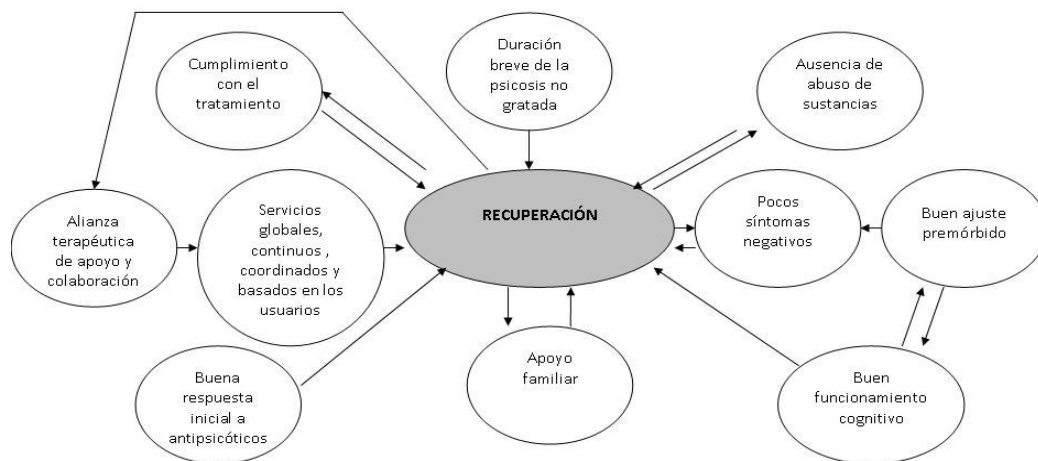
funcionamiento social medido por la existencia de empleo o independencia residencial. En conjunto la revisión de estudios indicó que aproximadamente un 40% de las personas con esquizofrenia mostraron mejorías significativas en los síntomas o en funcionamiento tras seis años de seguimiento (Hegarty et al., 1994). Sin embargo la revisión de estudios longitudinales realizada por Hegarty et al., (1994) no estableció un criterio temporal en el mantenimiento de los resultados observados. Recientemente Jaaskelainen et al., (2013) han revisado los resultados de 50 estudios longitudinales sobre recuperación en esquizofrenia. Estos autores evaluaron el porcentaje de personas con esquizofrenia que presentaban una remisión de síntomas junto a la consecución de un adecuado funcionamiento psicosocial durante al menos dos años consecutivos. Siguiendo estos indicadores, el análisis de resultados reveló una proporción media de 13,5% personas con esquizofrenia recuperadas.

En resumen los estudios descritos aportan información sobre cuántas personas con esquizofrenia y otros TMG consiguen resultados favorables en cuanto a los síntomas y funcionamiento psicosocial. Los resultados muestran que los TMG tendrían una evolución heterogénea. Sin embargo el hecho de que los porcentajes aportados en los diferentes trabajos varíen desde el 13.5% hasta el 68% indica que ciertos elementos podrían contribuir a la variabilidad en las tasas de resultados favorables en salud mental (Jobe y Harrow, 2005). Entre estos elementos se ha destacado la diversidad en los instrumentos de evaluación empleados, los métodos o enfoques estadísticos e incluso las características de la muestra en cuanto a la modalidad de tratamientos recibidos, i.e., ambulatorios, hospitalizados o sin tratamiento psicosocial (Jobe y Harrow, 2005). Igualmente Hegarty et al., (1994) señalan que el uso de determinados criterios operativos, pueden aumentar o reducir la exigencia en la consecución de resultados favorables en el TMG. Así en los estudios revisados en el presente capítulo se utilizaron diferentes criterios operativos para establecer resultados favorables a nivel clínico que incluyen la mejoría, la reducción o bien la remisión completa de la sintomatología. Igualmente en el funcionamiento social el uso de diferentes “puntos de corte” en los instrumentos de evaluación podría explicar las diferencias entre estudios. Otro elemento que podría contribuir a la variabilidad en los porcentajes es el establecimiento de un mínimo temporal en el mantenimiento de los resultados. Sin

embargo pese a que los estudios no permitan establecer una tasa única de resultados favorables en los TMG, si permitirían afirmar que estos trastornos no se caracterizarían necesariamente por un curso de progresivo deterioro (Hegarty et al., 1994). Así algunos trabajos han evidenciado que podrían empeorar entre el 25-35% de las personas evaluadas (Harrow et al., 2005). De todos los trastornos mentales la esquizofrenia se ha estudiado en mayor profundidad entre otros motivos por ser el trastorno más asociado con recaídas y cronicidad. Sin embargo actualmente se puede afirmar que, al igual que otros trastornos mentales, presentaría resultados heterogéneos (Hegarty et al., 1994).

### 2.2.2. Predictores y factores asociados a la recuperación clínica

Liberman et al., (2002) han identificado diez factores asociados a la recuperación sintomática y funcional de las personas con TMG (ver Figura 3.1.) Estos factores tendrían relación tanto con la persona con TMG y las características de su trastorno como con el tratamiento y apoyo que reciben.



**Figura 2.1.** Factores asociados a la recuperación (Liberman et al., 2002)

En primer lugar entre los factores específicos relacionados con la persona y las características de su trastorno se ha señalado que un adecuado funcionamiento premórbido, pocos síntomas negativos, ausencia de abuso de sustancias, un buen funcionamiento cognitivo, el cumplimiento con el tratamiento, así como una adecuada respuesta inicial a los antipsicóticos estarían relacionados con la consecución de la recuperación (Lieberman et al., 2002). Estos factores podrían pronosticar la evolución del trastorno a largo plazo y la capacidad personal para superar las recaídas (Jobe y Harrow, 2005) y han sido objeto de estudio en diferentes investigaciones. Concretamente, en relación al funcionamiento premórbido, algunos trabajos han evidenciado que el funcionamiento en el ámbito social o educativo previo al inicio del trastorno predice resultados positivos en cuanto a remisión de síntomas y funcionamiento a largo plazo (Bobes et al., 2009; San et al., 2007). En relación a la sintomatología, diferentes trabajos han mostrado que una menor presencia y gravedad de síntomas negativos podrían determinar una evolución favorable tras un episodio psicótico en mayor medida que otro tipo de síntomas (Albert et al., 2011; Harrison et al., 2001). A este respecto se ha sugerido que los síntomas positivos podrían ser más determinantes en la evolución si se experimentan en los dos primeros años de inicio del trastorno (Harrison et al., 2001). En relación la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en la recuperación clínica algunas investigaciones revelaron que el funcionamiento cognitivo tendría una importante contribución en los resultados funcionales (Green, Kern, Braff y Mintz, 2000; Puig et al., 2008). De esta forma las alteraciones en determinados procesos cognitivos se han relacionado con diferentes resultados de funcionamiento social en personas con esquizofrenia. Concretamente la memoria verbal, la memoria operativa, las funciones ejecutivas y la atención/vigilancia se relacionan de forma diferencial con determinados componentes del funcionamiento social como el funcionamiento ocupacional, el mantenimiento de una vida independiente o la habilidad para solucionar problemas sociales (Green et al., 2000; Vesterager et al., 2012). La cognición social también aparece como un potente predictor de los resultados clínicos y funcionales en personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Bobes et al., 2009; Fett et al., 2011). Igualmente se ha señalado que un adecuado cumplimiento con el tratamiento farmacológico, así como una buena respuesta a los antipsicóticos está asociado con resultados favorables de recuperación

(Lieberman et al., 2002). A este respecto mientras que una actitud positiva hacia el tratamiento tendría capacidad predictiva en la recuperación en personas con esquizofrenia, el rechazo o bajo cumplimiento del tratamiento potenciaría recaídas frecuentes (Schennach et al., 2012). Existen numerosas evidencias de la importancia del tratamiento farmacológico en determinadas fases en la evolución de los TMG (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Por ejemplo en la esquizofrenia, mientras el tratamiento farmacológico con antipsicóticos sería eficaz en la fase aguda, recientemente se está poniendo en duda que el tratamiento con dichos antipsicóticos sea necesario de forma continua (Harrow, Jobe y Faull, 2012).

En segundo lugar Lieberman et al., (2002) identifican como predictores de recuperación clínica aspectos relacionados con el tratamiento y el apoyo social recibido. El acceso a unos servicios de atención globales, continuos, coordinados y basados en la persona que atienden, una reducción del tiempo sin tratamiento, la existencia de una alianza terapéutica y un buen apoyo familiar pueden determinar los resultados de recuperación. Diferentes trabajos aportan evidencias a los factores identificados por Lieberman et al., (2002) como se expondrá a continuación. Se ha puesto de manifiesto que un periodo prolongado sin acceso al tratamiento se relaciona con una peor recuperación clínica en personas con esquizofrenia (Bobes et al., 2009). Junto al impacto de la ausencia de tratamiento en la recuperación se ha investigado la influencia del tipo tratamiento recibido. Concretamente uno de los estudios que han evaluado los resultados de un tratamiento accesible y basado en las necesidades de las personas a las que va dirigido en la evolución de personas con esquizofrenia ha sido el realizado por DeSisto et al., (1995; 1995). Este estudio compara los resultados de personas que habían participado en el programa de rehabilitación comunitaria en el estado de Vermont con una cohorte similar en el estado de Maine en los EE.UU. que solo había recibido tratamiento farmacológico (DeSisto et al., 1995a; DeSisto et al., 1995b). Los resultados de este estudio mostraron cómo las personas que habían participado en el programa de rehabilitación presentaron tasas de recuperación superiores a las personas que no había recibido atención rehabilitadora. Concretamente en dicho trabajo se evidenció que el programa de rehabilitación tuvo

un impacto significativo en la evolución de las personas que habían recibido dicho programa, las cuales presentaron menos sintomatología, fueron más productivas laboralmente y tuvieron de forma global un mejor funcionamiento psicosocial (DeSisto et al., 1995a; DeSisto et al., 1995b). Por último el apoyo social, especialmente el ofrecido por la familia, parece promover resultados de recuperación adecuados en el TMG. Dos tipos de resultados parecen apoyar esta afirmación. Por un lado existen datos que asocian el estilo de comunicación basado en el criticismo, la hostilidad y la sobreimplicación familiar, denominado *emoción expresada*, asociado a recaídas sintomatológicas frecuentes en personas con TMG (Butzlaff y Hooley, 1998). Por otro lado existen resultados obtenidos tras intervenciones familiares que muestran una reducción de las recaídas e ingresos hospitalarios (Pfammatter et al., 2006). En conclusión la evidencia disponible sobre factores que potencian o disminuyen las posibilidades de recuperación en salud mental indicaría la necesidad de desarrollar intervenciones individualizadas que potencien los recursos internos de las personas desde servicios coordinados que ofrezcan una atención continua (Jobe y Harrow, 2005; Liberman, 2008). Estas intervenciones deberían ir dirigidas a la reducción de la sintomatología negativa, la prevención y reducción del consumo de tóxicos, la mejora de los procesos cognitivos, facilitar el apoyo familiar, la prescripción adecuada de tratamiento farmacológico así como favorecer una buena adherencia al mismo (Liberman et al., 2002).

### **2.3. El concepto de recuperación desde una perspectiva subjetiva**

A principios de los años 80 del siglo XX, junto a los resultados favorables de muchos estudios longitudinales efectuados tras la desinstitucionalización, comienza a instaurarse una definición nueva y ampliada de recuperación en salud mental (Anthony, 1993). Este concepto de recuperación denominada indistintamente recuperación personal, psicológica o subjetiva se define desde las percepciones y expectativas de la personas afectadas por el trastorno sobre su propio proceso de recuperación (Andresen et al., 2003; Bellack, 2006; Lysaker et al., 2006; Resnick et al., 2005; Roe et al., 2011; Slade, 2009). Se ha señalado que bajo esta nueva perspectiva la recuperación resultaría un concepto difícil de definir dada su complejidad y la



interrelación entre diferentes elementos (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade, 2011). Sin embargo las revisiones de los estudios cualitativos hasta la fecha han aportado información relevante sobre el concepto de recuperación subjetiva. A este respecto se expondrá a continuación la definición de recuperación subjetiva junto a sus principales características, las diferentes fases del proceso de recuperación así como los indicadores fundamentales del proceso de recuperación.

En primer lugar Anthony (1993) ha definido la recuperación como “un proceso único profundamente personal de cambio en las actitudes, los valores, los sentimientos, las metas, habilidades y/o roles de una persona (...) es una manera de vivir una vida satisfactoria con esperanza y aportaciones a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad e implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (Anthony, 1993; p.15). Lysaker y Buck, (2008) han destacado que la definición de la recuperación desde una perspectiva subjetiva supondría para la persona con un TMG realizar dos tipos de valoraciones. Por un lado la valoración sobre las propias circunstancias vitales, como son sus condiciones externas en el presente y de sus posibilidades para el futuro, por ejemplo la percepción de tener adecuados recursos residenciales o económicos. Por otro lado implicaría la valoración que las personas realizan sobre si mismas en cuanto a sus propias capacidades, y de aspectos relacionados con la identidad, por ejemplo adecuada autoestima y rechazo del estigma (Lysaker y Buck, 2008). Anthony (1993) ha señalado las principales características del concepto de recuperación desde una perspectiva subjetiva (ver Tabla 2.2.).

**Tabla 2.2.** Características de la recuperación (Anthony, 1993)

Características
1. La recuperación puede ocurrir sin intervención profesional
2. Un común denominador en la recuperación es la presencia de personas que creen y apoyan a la persona
3. La recuperación no depende del modelo teórico que uno tenga del trastorno
4. La recuperación puede ocurrir incluso a pesar de la recurrencia de los síntomas
5. La recuperación es un proceso único
6. La recuperación demanda que la persona tenga alternativas
7. La recuperación de las consecuencias del trastorno es a veces más difícil que el trastorno en si

En segundo lugar la recuperación subjetiva se caracterizaría por ser un proceso, más que un resultado, dentro del que pueden sucederse diferentes fases o momentos (Anthony, 1993). Según Valiente, Vázquez y Simon (2010) las diferentes fases en dicho proceso se diferenciarían por la actitud de la persona ante el trastorno y las diferentes formas de integrar o concebir el propio trastorno dentro de su curso vital. Las fases, aunque siguen un orden lógico, no se producirían de forma necesariamente lineal, resultando fases que están relacionadas o que de alguna forma se superponen. Andresen et al., (2003), a partir de estudios cualitativos y del análisis de entrevistas con personas con TMG, proponen un modelo de cinco fases en el proceso de recuperación que unifica otros modelos propuestos con anterioridad. Según su modelo en la fase inicial o “moratoria” la persona experimentaría una confusión de su identidad personal y de negación y tendería a distanciarse socialmente como una forma de protegerse. En una segunda fase de “conciencia” la persona comenzaría a tener esperanza en las posibilidades de recuperación. La siguiente fase sería la de “preparación” donde la persona comienza a trabajar activamente para promover su recuperación, haciendo un balance de sus fortalezas y debilidades, aprendiendo sobre el trastorno mental y los servicios disponibles, desarrollando habilidades y aumentando su contacto con otros iguales. La cuarta fase o de “reconstrucción” se caracterizaría por el desarrollo de una identidad positiva reevaluando las metas personales y los propios valores. Esta fase consistiría en asumir responsabilidad sobre el manejo del trastorno y el control sobre la propia vida, lo que se ha denominado como empoderamiento. La última fase de “crecimiento” podría considerarse el resultado del proceso de recuperación. Aunque en esta fase la persona mantenga sintomatología, tendría habilidades y capacidades para manejarla, para afrontar las situaciones adversas con esperanza y optimismo sobre el futuro, así como una percepción positiva de si misma (Andresen et al., 2003).

En tercer lugar, diferentes trabajos han identificado un conjunto de indicadores o aspectos clave en la consecución de la recuperación subjetiva. Así Andresen et al., (2003) analizando numerosas definiciones de recuperación utilizadas por los usuarios de salud mental han identificado cuatro indicadores fundamentales en el proceso de recuperación: encontrar y mantener esperanza, establecer una identidad positiva,

tener metas vitales y tomar la responsabilidad en la propia vida. Estos indicadores, junto a la conexión social o establecimiento de vínculos sociales, también son identificados por Leamy et al., (2011) en su revisión de la literatura sobre recuperación subjetiva desde una perspectiva conceptual (Tabla 2.3.). Concretamente los indicadores de conexión social así como esperanza y optimismo son los que se refieren con mayor frecuencia en los diferentes estudios (Leamy et al., 2011). En una revisión de la literatura sobre recuperación personal, Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless y Evans (2005) añade dos elementos a los ya mencionados, i.e., la resistencia ante el estigma y el manejo de la sintomatología.

**Tabla 2.3.** Indicadores fundamentales en el proceso de recuperación (Leamy et al., 2011)

Indicadores	Descripción
Conexiones sociales	Apoyo entre iguales y grupos de apoyo Relaciones sociales Apoyo por parte de otras personas Formar parte de la comunidad
Esperanza y optimismo	Creer en la posibilidad de recuperación Motivación por el cambio Relaciones basadas en la esperanza Pensamientos positivos y valoración del éxito Tener metas y aspiraciones
Identidad positiva	Diferentes dimensiones de la identidad: cultural, sexual, Reconstruir una identidad positiva Superar el estigma
Vida significativa	Aceptar o normalizar la enfermedad Espiritualidad Calidad de vida Metas significativas Roles sociales Reanudación de las actividades cotidianas
Empoderamiento	La responsabilidad personal Asumir el control sobre la propia vida Centrarse en las fortalezas

### 2. 3. 1. Predictores de la recuperación subjetiva

Mientras la recuperación desde una perspectiva clínica se ha abordado desde numerosos trabajos, todavía son escasos los estudios que exploran la recuperación desde una perspectiva subjetiva (Resnick, Rosenheck y Lehman, 2004). Concretamente Silverstein y Bellack (2008) han sugerido la necesidad de explorar los mecanismos o factores que promueven la recuperación desde la perspectiva de las personas con

TMG. A este respecto cabe destacar que el estudio de la recuperación subjetiva se ha realizado fundamentalmente mediante estudios cualitativos (Andresen et al., 2003; Ridgway, 2001). Sin embargo en los últimos años se han desarrollado nuevos instrumentos para evaluar las percepciones y expectativas de las personas con TMG sobre su propia recuperación. Estos instrumentos han facilitado la comprensión de la recuperación subjetiva desde una aproximación cuantitativa así como la identificación de potenciales predictores. Existe un interés creciente por establecer qué variables determinan la recuperación subjetiva en los trastornos mentales ya que esta información podría facilitar el establecimiento de modelos teóricos de recuperación y mejorar el diseño de las intervenciones en este ámbito (Silverstein y Bellack, 2008). En este sentido uno de los instrumentos que más atención ha acaparado entre los investigadores de este ámbito y que mejores propiedades psicométricas ha demostrado (Cavelti, Beck, Kvrjic, Kossowsky y Vauth, 2012) ha sido la *Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale o RAS*; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999). Esta escala permite evaluar las percepciones y expectativas sobre el proceso de recuperación considerando de forma específica indicadores destacados en la literatura como estratégicos en la consecución de la recuperación. De esta forma el RAS evalúa la esperanza, la confianza en uno mismo y en los demás, la disposición a pedir ayuda, la orientación hacia la consecución de metas personales, así como la percepción de no sentirse dominado por los síntomas del trastorno mental. Este instrumento proporciona una medida adecuada para evaluar la experiencia subjetiva de recuperación, presentando unas características psicométricas y conceptuales sólidas (Chiba, Miyamoto y Kawakami, 2010; Corrigan et al., 1999; McNaught, 2007) y mostrando validez convergente con otras medidas de recuperación subjetiva existentes (Andresen et al., 2010; McNaught, Caputi, Oades y Deane, 2007) como por ejemplo el *Mental Health Recovery Measure* o MHRM (Young y Bullock, 2003) o el *Self-identified Stage of Recovery* o SISR (Andresen, Caputi y Oades, 2006). Utilizando esta nueva herramienta diversos estudios han abordado la relación de la recuperación subjetiva con diferentes variables tratando de identificar los predictores fundamentales de esa perspectiva de la recuperación, como se revisa en la siguiente sección.

**Tabla 2.4.** Revisión de investigaciones que han estudiado la relación del RAS con otras variables

Autores (año)	Muestra (n) Análisis	Medidas	Resultados	Conclusiones
(1) Corrigan et al., (1999)	TMG (n=35) Regr.	RAS-41 ES, RSE, QOLI, SSQ, BPRS, NARA, Vocabulary Subtest WAIS-R, GAF	Correlación entre RAS y ES- Self-orientation ( $r=-,71$ ), RSE ( $r=-,55$ ), SSQ-Size of Support Network ( $r=-,48$ ), BPRS ( $r=-,44$ ), QOLI ( $r=-,62$ ) and edad ( $r=-,34$ ). RAS predicho por RSE ( $r=-,45$ ), ES- Self-orientation ( $r=-,25$ ) y edad ( $r=-,08$ ).	Relación entre RAS y 'autoestima', 'empoderamiento', 'tamaño de la red social', 'calidad de vida', 'síntomas psiquiátricos' y 'edad' RAS predicho por 'autoestima', 'empoderamiento' y 'edad'.
(2) Ritsher et al., (2003)	TMG (n=127) Corr.	RAS-41 ISMI, CES-D, RSE, PDD, BU	Correlación entre ISMI y RAS ( $r=-,49$ ).	Relación entre RAS y 'estigma internalizado'.
(3) Corrigan et al., (2004)	TMG (n=1824) Regr.	RAS-41 (Punt. 5 factores) HHI, ES, QOLI, MLS, Hopkins Symptom Checklist	RAS-Esperanza predicho por HHI ( $\beta=-,41$ ), MLS( $\beta=-,18$ ), ES( $\beta=-,18$ ), Hopkins Symptom Checklist ( $\beta=-,15$ ) y QOLI ( $\beta=-,06$ ). RAS-Ayuda predicho por HHI ( $\beta=-,37$ ) and QOLI ( $\beta=-,11$ ). RAS-Metas predicho por HHI ( $\beta=-,36$ ), MLS ( $\beta=-,26$ ) y ES( $\beta=-,16$ ). RAS-Otros predicho por HHI( $\beta=-,42$ ), QOLI( $\beta=-,20$ ) y ES( $\beta=-,11$ ). RAS-No dominación predicho por HHI( $\beta=-,26$ ), Hopkins Symptom Checklist( $\beta=-,20$ ), MLS( $\beta=-,10$ ), QOLI ( $\beta=-,09$ ) y ES( $\beta=-,06$ ).	Todos los factores del RAS fueron predichos por 'esperanza'. Dos factores del RAS (Esperanza y No dominación) fueron predichos por 'síntomas psiquiátricos'.
(4) Corrigan & Phelan (2004)	TMG (n=176) Corr.	RAS-41 (Punt. 5 factores) BPRS, SNS	Correlación entre RAS-Esperanza, RAS-Ayuda, RAS-Metas y RAS-Otros con SNS-Tamaño de la red social ( $r>,14$ ). Correlación de los factores del RAS con SNS-Percepción de satisfacción con la red social ( $r>,28$ ).	Relación entre factores del RAS y 'tamaño de la red social general' y con 'percepción de satisfacción con la red social'
(5) Corrigan (2006)	TMG (n=1824) Regr.	RAS-41 (Punt. 5 factores) ES, PPS, Variables sociodemográficas	RAS-Esperanza fue predicho ( $R^2=3,5$ ) por PPS ( $B=-,088$ ), género ( $B=-,087$ ) e raza ( $B=-,12$ ). RAS-Ayuda predicho ( $R^2=1,0$ ) por PPS ( $B=-,073$ ) y raza ( $B=-,074$ ). RAS-Metas predicho ( $R^2=3,5$ ) por PPS ( $B=-,12$ ), raza ( $B=-,087$ ) y edad ( $B=-,053$ ). RAS-Otros predicho ( $R^2=2,9$ ) por PPS ( $B=-,14$ ).	Variables sociodemográficas y la participación en 'ayuda mutua' explicaron poca varianza del RAS.



<b>Autores (año)</b>	<b>Muestra (n) Análisis</b>	<b>Medidas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusiones</b>
(6) McNaught et al., (2007)	TMG (n=168) Corr.	RAS-24 (Punt. 5 factores) K-10, MHRM, SRM, HoNOS	RAS-SRM: Correlación entre RAS-Esperanza y –Metas con todas las subescalas de SRM ( $r>,21$ ). Correlación entre RAS-Otros con SRM-Esperanza, -Identidad y –Responsabilidad ( $r>,17$ ). Correlación entre RAS-Ayuda y SRM-Identidad y –Responsabilidad ( $r>,23$ ). RAS-MHRM: Correlación entre todos los factores del RAS con los del MHRM ( $r>,20$ ). Correlación entre RAS-Esperanza y HoNOS-Síntomas y –Conducta ( $r>,22$ ). Correlación entre RAS-No dominación y HoNOS-Síntomas ( $r=,19$ ). Correlación entre RAS-Esperanza, RAS-Metas y RAS-No dominación con K-10 ( $r=,43$ , $r=,26$ , $r=,21$ ).	Relación entre RAS con dos medidas de recuperación subjetiva. Pequeña relación entre dos factores del RAS con ‘funcionamiento social’ y entre tres factores del RAS y síntomas depresivos y ansiosos.
(7) Hendryx et al., (2009)	TMG (n=153) Regr.	RAS-41 SF-12, Satisfacción con los clínicos, WQLQ, Participación en actividades, Variables sociodemográficas.	Correlación entre RAS y Participación en actividades ( $r=,47$ ), WQLQ-Soporte social ( $r=,44$ ), y –Red social ( $r=,36$ ). RAS predicho por SFS-12-Salud Mental, WQLQ-Soporte social, Participación en actividades y la interacción entre Participación en actividades y WQLQ-Soporte social ( $R^2=,43$ ).	RAS predicho por ‘el componente de salud mental de la calidad de vida’, ‘soporte social’ y ‘participación en actividades’.
(8) Chiba et al., (2010)	TMG (n=209) Corr.	RAS-24 HHI, ES, Resilience Scale, SF-8, BASIS-32	Correlación entre RAS y HHI ( $r=,89$ ), ES ( $r=,76$ ), Resilience Scale ( $r=,76$ ), SF-8-Componente salud mental ( $r=,45$ ) y BASIS-32 ( $r=,58$ ).	Relación entre RAS y ‘esperanza’, ‘empoderamiento’, ‘resiliencia’, ‘el componente de salud mental de la calidad de vida’, ‘síntomas psiquiátricos’ y deterioro funcional’.
(9) Lloyd et al., (2009)	TMG (n=161) CORR. ANOVA	RAS-24 (Punt. 5 factores) CIM, ES, CANSAS, Edad, género, situación laboral y diagnóstico.	Correlación entre RAS y ES ( $r=,58$ ), CIM ( $r=,38$ ) y CANSAS ( $r=,51$ ). Diferencias en el RAS entre grupos según la situación laboral y ( $F=7,38$ ) y diagnóstico ( $F=16,5$ ).	Relación entre RAS y ‘empoderamiento’, niveles de ‘participación en la comunidad’ y ‘necesidades satisfechas’. Relación entre RAS con situación laboral y diagnóstico principal de trastorno afectivo bipolar.

Autores (año)	Muestra (n) Análisis	Medidas	Resultados	Conclusiones
(10) Muñoz et al., (2010)	TMG (n=108)  MEE	RAS-41 AQ-27, ISMI, SFS, BUS, EDD  Variables latentes: Estigma social e internalizado, Discriminación, Expectativas de recuperación, Empoderamiento, Resultados conductuales.	Correlación entre RAS y AQ-27-Evitación ( $r=-.26$ ), Experiencias de discriminación ( $r=-.20$ ), SFS-Funcionamiento social ( $r=.38$ ), SFS-Autonomía personal ( $r=.31$ ), e ISMI ( $r=-.51$ ). RAS e ISIM predicen los resultados de SFS-Funcionamiento social y SFS-Funcionamiento social (Efectos directos del RAS=.31).	Relación entre RAS y 'estigma social', 'experiencias de discriminación', 'funcionamiento social' y 'estigma internalizado'. Las expectativas de recuperación y el estigma internalizado predicen directamente resultados conductuales como el 'funcionamiento social' y la 'autonomía personal'.
(11) Andresen et al., (2010)	TMG (n=281) Corr.	RAS-41 (Punt. 5 factores) MHRM, SISR, HoNOS, LSP-16, GAF, K-10	Correlación entre RAS y MHRM ( $r=.89$ ), SISR-B ( $r=.70$ ), SISR-A ( $r=.40$ ) y K-10 ( $r=.33$ ).	Relación entre RAS con dos medidas de recuperación subjetiva. Relación entre RAS y síntomas depresivos y ansiosos.
(12) Roe et al., (2011)	Esq. (n=159) Regr.	RAS-20 (Punt. 4 factores) BPRS-E, MSPSS, GAF, S-SELAS, MANSA, Edad, Diagnóstico, Edad de diagnóstico.	Correlación entre BPRS-Humor y RAS total y RAS-Esperanza ( $r=-.17$ , $r=-.21$ ) y entre BPRS-Animación y RAS-Ayuda ( $r=.18$ ). Correlación entre RAS y MSPSS ( $r=.33$ ) y S-SELAS ( $r=-.32$ ). RAS fue predicho por la interacción entre síntomas y edad de diagnóstico ( $\beta=.26$ , $t=2.67$ , $p<.01$ ). Correlación entre MANSA y RAS controlada MSPSS ( $\beta=.48$ ). Correlación entre MSPSS y RAS controlada MANSA ( $\beta=.18$ ) pero reducida desde $\beta=.33$ a $\beta=.18$ ( $Z=3.44$ ). Correlación entre S-SELAS y RAS disminuida desde $\beta=-.32$ a $\beta=-.12$ cuando se controló MANSA ( $Z=-4.26$ ).	Ausencia de relación directa entre la puntuación total de la sintomatología (BPRS) y el RAS, solo entre algunas de sus factores. Relación entre RAS y 'soporte social' y 'soledad'. La edad del diagnóstico modera la relación entre la 'severidad de los síntomas' y RAS. El impacto del 'soporte social' y la 'soledad' sobre RAS fue mediada por la 'calidad de vida'.
(13) Connell et al., (2011)	TMG (n=234) ANOVA	RAS-41 (Punt. 5 factores) Situación laboral	No diferencias entre trabajadores y no trabajadores en RAS. Diferencia en RAS-Otros y RAS-Ayuda entre trabajadores y no trabajadores ( $F(1, 229)=7.42$ ), ( $F(1, 231)=3.21$ ).	Los trabajadores tuvieron puntuaciones más bajas que los no trabajadores en RAS-Otros y RAS-Ayuda.



<b>Autores (año)</b>	<b>Muestra (n) Análisis</b>	<b>Medidas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusiones</b>
(14) Mukolo et al., (2011)	TMG (n=110) Regr.	RAS-24 (Punt. 4 factores) RSE, Participación en actividades de ayuda mutua.	Correlación entre RAS y RSE- Global ( $r=.62$ ) y -Positiva ( $r=.88$ ). RSE-Positiva predicha por RAS-Esperanza ( $B=.59$ ) y RAS-Ayuda ( $B=.37$ ) ( $R^2=.85$ ). RSE-Global predicha por RAS-Esperanza ( $B=.57$ , $R^2=.47$ )	Relación entre RAS y autoestima positiva y global. Dos factores del RAS predicen la autoestima positiva. Un factor del RAS predice la autoestima global.
(15) Cavelti et al., (2012)	Esq. (n=142) MEE	RAS-24 (Punt. 3 factores) SUMD, CDSS, BDI-II, SWN-K, IPQS, PANSS Variables latentes: Insight, Síntomas depresivos y psicóticos, Actitud hacia la recuperación.	Síntomas depresivos predicho por Insight ( $B=1.7$ ), Síntomas psicóticos ( $B=2$ ), Actitud de recuperación ( $B=-.95$ ), Actitud de recuperación $\times$ Insight ( $B=-.16$ ) y Actitud de recuperación $\times$ Síntomas psicóticos ( $B=-.09$ ).	La asociación de altos niveles de conciencia de enfermedad o de síntomas psicóticos con altos niveles de síntomas depresivos disminuye cuando tres factores del RAS (Esperanza, Metas y No dominación) aumentan.
(16) Roe et al., (2012)	TMG (n=158) Regr.	RAS-20 (Punt. 4 factores) MSPS, BPRS, MSAQL, SELS-SV, GAF	RAS-Esperanza predicha por MSAQL ( $\beta=.46$ , $R^2=.23$ ). RAS-Ayuda predicha por MSAQL y MSPS ( $\beta>.24$ , $R^2=.14$ ). RAS-Otros predicha por SELS-SV y MSPS ( $\beta=-.23$ , $\beta=.20$ , $R^2=.21$ ). RAS-No dominación predicha por MSAQL ( $\beta=.58$ , $R^2=.28$ ).	RAS-Esperanza, RAS-Ayuda y RAS-No dominación predicha por 'calidad de vida'. RAS-Otros predicha por 'soledad emocional y social' y 'soporte social'.
(17) Norman et al., (2013)	Esq. (n=84) Regr.	RAS-24 (Punt. 5 factores) MES, ISEL, PRES, SANS, SAPS	RAS-Metas fue predicha por SANS ( $B=-.32$ y PRES ( $B=.27$ ). RAS-Esperanza fue predicha por SANS ( $B=-.29$ ) y PRES ( $B=.29$ ). RAS-Otros fue predicha por PRES ( $B=.56$ ). RAS-Ayuda fue predicha por SAPS ( $B=-.25$ ), ISEL ( $B=.25$ ) y PRES ( $B=.30$ ). RAS-No dominación fue predicha por PRES ( $B=.25$ ).	La 'síntomatología negativa' y la 'síntomatología positiva' predice algunos factores del RAS. La 'evaluación percibida de las relaciones personales' predice todos los factores del RAS.



Autores (año)	Muestra (n) Análisis	Medidas	Resultados	Conclusiones
(18) Kukla et al., (2013)	Esq. (n=46) Corr. ANOVA	RAS-41 (Punt. 5 factores) IPII, MAS-A, PANSS	Correlación entre RAS-Esperanza y PANSS- Positiva ( $r=-,34$ ), -Negativa ( $r=-,38$ ) y -Malestar emocional ( $r=-,38$ ). Correlación entre RAS-Ayuda y PANSS- Negativa ( $r=-,33$ ). Correlación entre RAS-Metas y PANSS- Hostilidad ( $r=-,35$ ). Correlación entre RAS-No dominación y PANSS-Hostilidad ( $r=-,31$ ) y -Malestar emocional ( $r=-,35$ ). Relación entre RAS-No Dominación y MAS-A-Autoreflexión ( $F=4,16$ ). Relación entre MAS-A-Descentración con RAS-Esperanza( $F=5,32$ ), Ras-Ayuda ( $F=4,42$ )and RAS-Otros( $F=4,14$ ).	Relación entre algunos factores del RAS y parte de la sintomatología. Relación entre algunos factores del RAS con habilidades metacognitivas para pensar sobre uno mismo.
(19) Kukla et al., (2014)	Esq. (n=68) Regr.	RAS-41  PANSS, QLS	QLS-Fundamentos intrapsíquicos fue predicha por PANSS-Sintomas positivos, RAS y por la interacción PANSS-Sintomas positivos x RAS ( $F(4,62)=21,24$ , $p=,00$ ). QLS-Funcionamiento instrumental fue predicha por PANSS-Sintomas positivos, RAS y por la interacción PANSS-Sintomas positivos x RAS ( $F(4,62)=3,88$ , $p=,007$ ).	RAS modera la relación entre los síntomas positivos y los elementos sociales de la calidad de vida tras controlar los síntomas negativos.
(20) Garay et al., (2014)	Esq. (n=59) Regr.	RAS-24 HoNOS, SCIP, GAF, GEOPTE, SS, SSTICS, EEIB	Correlación RAS con HoNOS-item 6, -item 9 y con SS ( $r=-,33$ , $-,33$ y $-,37$ ). RAS predicha por SS ( $\beta=-,41$ ) y por HoNOS-item 6 ( $\beta=-,38$ )	Relación entre RAS y 'síntomas psicóticos' y relaciones sociales (HoNOS) y con 'estigma internalizado'. RAS predicho por 'estigma internalizado' y 'síntomas psicóticos'

*Nota.* TMG: Trastorno Mental Grave; Esq.: Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo; ANOVA: Análisis de varianza; Corr.: Correlacional; Regr.: Modelo de Regresión múltiple); MEE: Modelo de Ecuaciones Estructurales; Punt.: Puntuación; RAS-Esperanza (Confianza personal y esperanza), RAS-Ayuda (Buena disposición para pedir ayuda), RAS-Metas (Orientación hacia las metas y el éxito), RAS-Otros (Confianza en los otros), RAS-No dominación (No estar dominado por los síntomas); AQ-27: Attribution Questionnaire; BASIS-32: Behaviour and Symptom Identification Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory-Revised; BUS: Boston University Empowerment Scale; CANSAS: Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule; CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia; CES-D : Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; CIM: Community Integration Measure; EDD: Direct discrimination experiences; EEIB: Escala de Evaluación del Insight; ES: Empowerment Scale; GAF: Global Assessment of Functioning; GEOPTE: Escala de Metacognición en Esquizofrenia, HHI: Herth Hope Index; HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales; IPIL: Indiana Psychiatric Illness Interview; IPQS: Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia; ), ISEL: Interpersonal Support Evaluation List; ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Scale; K-10: Kessler-10; LQLQP: Lancaster Questionnaire Life Quality Profile; LSP-16: Life Skills Profile-16; MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life; MAS-A: Abbreviated Metacognition Assessment Scale; MES: Modified Engulfment Scale, MHRM: Mental Health Recovery Measure; MLS: Meaning of Life Subscale; MSAQL: Manchester Short Assessment of Quality of Life; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; NARA: Needs and Resources Assessment; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PDD: Perceived Devaluation and Discrimination Scale; PPS: Participation in peer support; PRES: Perceived Relational Evaluation Scale; QLS: Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale; QOLI: Quality of Life Interview; RAS: Recovery assessment Scale; RSE: Rosenberg Self-esteem Scale; SANS: Scale for Assessment of Negative Symptoms; SAPS: Scale for Assessment of Positive Symptoms, SCIP: Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry; S-SELAS: Social and emotional loneliness scale—short version; SELS-SV: Social and emotional Loneliness Scale-short version; SFS: Social Functioning Scale; SF-12: Short Form 12 Health Survey; SISR: Self-Identified Stage of Recovery; SNS: Social Network Scale; SRM: Stages of Recovery Measure; SS: Escala de Auto-estigma; SSQ: Social Support Questionnaire; SSTICS: Escala subjetiva para investigar la cognición en esquizofrenia; SUMD: Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptic treatment scale; WQLQ: Wisconsin Quality of Life Questionnaire.

## Principales resultados de los estudios sobre predictores de recuperación subjetiva

La Tabla 2.4. presenta una revisión de 20 trabajos que incluyeron la evaluación de las expectativas de recuperación medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (*Recovery Assessment Scale o RAS*; Corrigan et al., 1999) en personas con esquizofrenia y otros TMG. Antes de exponer los principales predictores identificados en la revisión de estudios cabe destacar la variedad de análisis estadísticos empleados para la obtención de resultados. Como puede observarse en la Tabla 2.4. ocho de las investigaciones utilizaron una metodología correlacional bivariada para estudiar la relación entre el RAS y el resto de variables. Sin embargo el empleo de esta metodología aplicada al estudio de las relaciones entre constructos psicológicos complejos determinados por múltiples factores, podría presentar limitaciones a la hora de establecer cuál es la contribución única de las variables objeto de análisis, independientemente de la varianza compartida entre ellas. En este sentido alternativas analíticas como el análisis de regresión múltiple permiten establecer la contribución única de determinadas variables psicológicas sobre otras aislando la cantidad de varianza compartida entre ellas al considerar conjuntos de variables más amplios. Pese al interés teórico y aplicado de esta aproximación para el estudio de las variables implicadas en el proceso de recuperación subjetiva, no todos las investigaciones la han empleado con este fin. Así diez de las investigaciones revisadas en la Tabla 3.4. utilizaron la metodología de la regresión múltiple y dos la de ecuaciones estructurales. La metodología de la regresión múltiple permitiría conocer la contribución específica de cada variable en la predicción de la recuperación subjetiva mientras la metodología de las ecuaciones estructurales permitiría especificar las relaciones causales entre los constructos o variables latentes (Cavelti et al., 2012).

En relación a los resultados sobre los predictores de la recuperación subjetiva cabe destacar, en primer lugar, que las variables sociodemográficas como el género y la edad demostraron tener poca capacidad predictiva en las expectativas de recuperación (Corrigan, 2006; Corrigan et al., 1999). No obstante, en la investigación de Corrigan et al., (1999) los propios autores recomiendan el estudio en profundidad de dicha relación debido a ciertos problemas metodológicos de su diseño. En un

trabajo posterior del mismo grupo, la edad explicó muy poca varianza del RAS (Corrigan, 2006). Junto a su escasa capacidad predictiva, la ausencia de relación entre edad y RAS en otros estudios (Hendryx, Green y Perrin, 2009; Roe et al., 2011) podrían indicar que la aportación de esta variable a la predicción de la recuperación subjetiva es en el mejor de los casos escasa.

En segundo lugar los trabajos estudiaron la relación de variables clínicas como la gravedad de la sintomatología, el funcionamiento social, el estado cognitivo, la conciencia del trastorno mental o el diagnóstico con las expectativas de recuperación medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al., 1999). Mientras algunos trabajos estudiaron la relación de la sintomatología y el funcionamiento social con las expectativas de recuperación (Andresen et al., 2010; Chiba et al., 2010; Corrigan y Phelan, 2004; McNaught, 2007), otros estudios evaluaron la contribución de dichas variables clínicas a la predicción de las expectativas de recuperación. A este respecto mientras algunos factores de la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al., 1999) fueron predichos por los síntomas psiquiátricos y la participación en actividades (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster y Keck, 2004; Garay, Pousa y Pérez, 2014; Hendryx et al., 2009; Norman, Windell, Lynch y Manchanda, 2013) otros estudios no encontraron tal predicción (Corrigan et al., 1999; Roe, Mashiach-Eizenberg y Corrigan, 2012). En muchos estudios la sintomatología perdió su capacidad predictiva cuando se consideraron otras variables psicológicas como la autoestima (Corrigan et al., 1999). De hecho los trabajos revelaron falta de consistencia en la relación de uno de los criterios operativos del funcionamiento social como estar trabajando con una mayor recuperación subjetiva (Connell, King y Crowe, 2011; Lloyd, King y Moore, 2009). Recientes trabajos han evaluado la relación entre la metacognición y las expectativas de recuperación medidas con el RAS (Corrigan et al., 1999). Aunque dos trabajos mostraron relación entre ambas variables hasta la fecha no se habría demostrado la capacidad predictiva de la metacognición sobre las expectativas de recuperación (Garay et al., 2014; Kukla, Lysaker y Salyers, 2013). Los estudios que han utilizado una metodología de ecuaciones estructurales revelaron el papel mediador que podría tener la recuperación subjetiva en resultados clínicos y funcionales en las personas con TMG. Por un lado en el trabajo de Muñoz et al., (2010) la recuperación

subjetiva junto al estigma internalizado explicaron los resultados conductuales como el 'funcionamiento social' y la 'autonomía personal' en personas con TMG. Por otro lado este efecto moderador de la recuperación subjetiva también se observó en el estudio de Cavelti et al., (2012). En este estudio la asociación existente entre una mayor conciencia del trastorno mental con un aumento de los síntomas depresivos se debilitó ante mejores expectativas de recuperación. En relación al diagnóstico uno de los trabajos revisados mostró que las personas con trastorno afectivo bipolar presentarían una mayor percepción de recuperación que las personas con esquizofrenia (Lloyd et al., 2009).

En tercer lugar numerosos trabajos evaluaron la relación de las expectativas de recuperación con diversidad de variables psicológicas siendo las más frecuentes el empoderamiento, la esperanza, la calidad de vida, el estigma internalizado, la soledad y la autoestima. Otros trabajos consideraron variables vinculadas a las relaciones sociales como el soporte social percibido, el tamaño de la red social, la satisfacción con la red social y la ayuda mutua entre personas con problemas de salud mental (Hendryx et al., 2009; Roe et al., 2012; Roe et al., 2011). Los principales resultados sobre este tipo de variables mostraron que la autoestima, el empoderamiento la esperanza y la calidad de vida fueron importantes predictores la recuperación subjetiva (Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004; Hendryx et al., 2009). La autoestima predijo las expectativas de recuperación en el estudio de validación del RAS (Corrigan et al., 1999). A este respecto cabe destacar que la relación entre la autoestima y la recuperación subjetiva podría ser bidireccional. Así en el trabajo de Mukolo, Heflinger y Baxter (2011) la autoestima fue explicada por una mayor recuperación subjetiva, concretamente los elementos vinculados al mantenimiento de la esperanza y la predisposición a pedir ayuda (Mukolo et al., 2011). El empoderamiento mostró relación con la recuperación subjetiva en tres estudios pero solo en uno de ellos demostró capacidad predictiva (Corrigan et al., 1999). Igualmente la esperanza se relacionó en dos estudios con la recuperación subjetiva pero solo en uno se evidenció su capacidad predictiva (Corrigan et al., 2004). Una mayor calidad de vida fue asociada con mayores expectativas de recuperación en tres trabajos pero mostró capacidad predictiva solo en dos trabajos (Hendryx et al., 2009; Roe et al., 2012). El trabajo de

Kukla et al., (2014) reveló que las expectativas de recuperación podrían tener un papel protector en los efectos de los síntomas positivos sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia. Mientras la relación del estigma internalizado con las expectativas de recuperación se evidenció en dos de los estudios revisados (Muñoz et al., 2010; Ritsher et al., 2003), en el trabajo de Garay et al., (2014) se mostró la contribución del estigma internalizado a las expectativas de recuperación. Por último la percepción de tener un adecuado soporte social o la soledad percibida fueron predictores de las expectativas de recuperación (Cavelti et al., 2012; Hendryx et al., 2009; Roe et al., 2012; Roe et al., 2011). Este resultado enfatiza la importancia de los vínculos sociales como indicador fundamental de recuperación. Concretamente y más allá de percibir un adecuado soporte social, el grado en que una persona perciba respeto y reconocimiento por parte de los demás resultó un importante predictor de la recuperación subjetiva (Norman et al., 2013). En conclusión los estudios revisados destacaron el papel de ciertas variables clínicas y psicológicas en la predicción de las expectativas de recuperación medidas con el RAS (Corrigan et al., 1999) en personas con esquizofrenia y otros TMG. Concretamente las variables que mostraron capacidad predictiva en los trabajos fueron la autoestima, la esperanza, la soledad, el empoderamiento y la percepción de apoyo social, el estigma internalizado y en menor medida la sintomatología y el funcionamiento social.



### **CAPITULO 3.**

#### **EL ESTIGMA INTERNALIZADO EN LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES**





### **3. EL ESTIGMA INTERNALIZADO EN LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES**

#### **3.1. Introducción**

Las dificultades a las que se enfrentarían las personas con TMG podrían clasificarse en dos: las derivadas de su trastorno y las derivadas del estigma social (Corrigan y Penn, 1999; Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005). Las dificultades derivadas de su trastorno, es decir de la sintomatología y la discapacidad, tienden a ser abordadas mediante las diferentes intervenciones farmacológicas y psicosociales eficaces descritas en el Capítulo 1. Sin embargo se ha sugerido que las dificultades derivadas del estigma social podrían tener un carácter más permanente y ser más perjudiciales. El estigma social limitaría la incorporación de las personas con trastornos mentales al mundo laboral, las posibilidades de alquilar una vivienda, de recibir ayuda por parte de otros o de entablar relaciones de pareja (Corrigan y Watson, 2002b). Así el estigma podría ser uno de los principales obstáculos en la recuperación de las personas con TMG (Livingston y Boyd, 2010; Yanos, Roe, Markus y Lysaker, 2008) pudiendo ser conceptualizado como la segunda enfermedad (Schulze y Angermeyer, 2003). Se ha señalado que una de las consecuencias del estigma hacia los trastornos mentales sería la aceptación del mismo por parte de las personas que padecen el trastorno. Este fenómeno se ha denominado estigma internalizado o auto-estigma (Corrigan y Watson, 2002b). El estigma internalizado perpetuaría las consecuencias adversas del estigma social restringiendo las oportunidades de participación social y el acceso al tratamiento de las personas con TMG (Livingston y Boyd, 2010). En los últimos años se han publicado numerosos trabajos con el objetivo de mejorar la comprensión de este fenómeno así como de establecer intervenciones dirigidas a la reducción del estigma internalizado y sus

consecuencias adversas (Livingston y Boyd, 2010; Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2014). En el presente capítulo se describirán las principales características del estigma hacia los trastornos mentales así como una clasificación del estigma donde se enmarcaría conceptualmente el estigma internalizado. Tras ello se abordará la descripción del estigma internalizado así como su prevalencia entre las personas con trastornos mentales. Posteriormente se expondrán algunos de los principales modelos explicativos del proceso de internalización del estigma así como la relación con otras variables clínicas y psicológicas. Por último se revisarán las principales intervenciones terapéuticas que se han desarrollado hasta la actualidad para reducir el estigma internalizado junto a los resultados obtenidos en dichas intervenciones.

### **3.2. El estigma en los trastornos mentales**

El estigma fue definido por Goffman (1963) como un atributo que desacredita y devalúa a un grupo de personas desde la perspectiva de los otros. Más recientemente otros han definido el estigma como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo marginado son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Michaels, López, Rüsch y Corrigan, 2012). En ambas definiciones se establece que los miembros de un grupo social desacreditan o etiquetan a otro grupo de personas al que atribuyen características negativas. La identificación de las personas con trastornos mentales como miembros de un grupo potencialmente devaluable por parte del grupo social mayoritario se realizaría a través de cuatro marcas o señales. Estas marcas serían los síntomas (por ejemplo hablar solo en voz alta), los déficit en habilidades sociales (por ejemplo la falta de contacto visual), la apariencia física (por ejemplo déficit en la higiene) y las etiquetas (Corrigan, 2000). Las etiquetas estarían determinadas por el propio diagnóstico psiquiátrico o por el hecho de estar en tratamiento y puede darse a conocer por la persona diagnosticada o bien divulgarse por asociación, por ejemplo cuando hacen uso de los servicios de salud mental (Link, 1987). En relación a las etiquetas se evidencian diferencias en el estigma según el diagnóstico psiquiátrico. Así el trabajo de Wood, Birtel, Alsawy, Pyle y Morrison (2014) revela que el estigma es mayor hacia los trastornos esquizofrénicos que hacia otros diagnósticos como los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

Concretamente las personas con un trastorno esquizofrénico son consideradas por parte de la sociedad como más peligrosas, impredecibles y con menos posibilidades de recuperación en comparación con otros diagnósticos considerados menos graves como los trastornos depresivos (Pescosolido, Medina, Martin y Long, 2013; Wood et al., 2014).

Mientras ambas definiciones describen el estigma como un fenómeno social complejo, diferentes modelos identifican distintos componentes del estigma para mejorar así la comprensión de este fenómeno. Así el modelo socio-cognitivo del estigma hacia los trastornos mentales de Corrigan (2000) establece que el estigma presentaría componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Los componentes cognitivos o estereotipos son estructuras de conocimiento aprendidas de la mayoría de los miembros del grupo social. Esta dimensión cognitiva incluye un conjunto de creencias erróneas sobre las personas con trastornos mentales siendo las más frecuentes las relacionadas con su peligrosidad, impredecibilidad, incompetencia, imposibilidad de recuperación y culpabilidad en el origen de su trastorno (Corrigan, 2000; Corrigan, Kerr y Knudsen, 2005). El acuerdo que los miembros de un grupo social tienen con estos estereotipos conlleva reacciones emocionales o prejuicios que implicarían una valoración generalmente negativa de las personas con trastorno mental. Estos componentes emocionales del estigma en los trastornos mentales incluyen reacciones emocionales de enfado, miedo o pena. Finalmente los prejuicios pueden dar lugar a la discriminación o el componente conductual del estigma. Ejemplo de estas conductas de discriminación serían el trato diferencial en comparación con personas no diagnosticadas o directamente la evitación y rechazo del contacto con personas con TMG. Esta discriminación puede manifestarse en el ámbito laboral, familiar, educativo o social (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius y Leese, 2009). Se ha sugerido que aunque estos tres componentes del estigma internalizado se refuerzan mutuamente no siempre resultan congruentes entre si (López et al., 2008).

En cuanto a la tipología del estigma en los trastornos mentales existen al menos dos clasificaciones. Por un lado la realizada en la revisión de Livingston y Boyd (2010) en la que se diferencia entre el estigma estructural, social e internalizado y la propuesta en

la revisión de Gerlinger et al., (2013) distinguiendo entre estigma social y personal. Considerando ambas propuestas, el estigma podría clasificarse en tres tipos: el estigma estructural, social y personal (Figura 3.1.). En primer lugar el estigma estructural o institucional hace referencia a la posible discriminación existente en leyes e instituciones públicas (Livingston y Boyd, 2010). Ejemplo de este tipo de estigma serían “las legislaciones que restringen derechos en función de un diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio” (López et al., 2008; p. 60). Se ha sugerido que este tipo de estigma institucional podría legitimar las diferencias de poder entre las personas con trastornos mentales y el resto de la población así como su exclusión social (Corrigan et al., 2005). En segundo lugar el estigma social hace referencia al estigma existente en la población general o en ámbitos específicos, por ejemplo en el laboral, respecto al grupo de personas con trastornos mentales (Corrigan y Watson, 2002b). Este tipo de estigma no se limitaría a los “miembros desinformados” de la sociedad sino que puede aparecer en familiares de personas con TMG o incluso en profesionales de la salud mental (Corrigan y Watson, 2002a). En tercer lugar el denominado estigma personal hace referencia al estigma desde la perspectiva de las personas con TMG e incluiría el estigma percibido, experimentado y el internalizado (Gerlinger et al., 2013). El estigma experimentado se define como la experiencia de la discriminación real y/o restricciones en la participación por parte de la persona afectada (Gerlinger et al., 2013). Por ejemplo una persona experimenta estigma cuando no consigue un puesto de trabajo al conocerse que está en tratamiento en salud mental. El estigma percibido se definiría como la percepción subjetiva de ser devaluado y marginado (Link, 1987). Un ejemplo del estigma percibido sería la anticipación que hace una persona ante una oferta de trabajo considerando que no le van a contratar debido a su trastorno mental. Algunos autores han indicado que ambos tipos de estigma, experimentado y percibido, están relacionados aunque pueden manifestarse de forma independiente (Thornicroft et al., 2009). Es decir, aunque una persona no haya experimentado directamente la discriminación puede anticipar que será estigmatizado y provocar consecuencias desfavorables. De hecho solo la anticipación del estigma se asocia a una reducción de la autoestima y la autoeficacia en personas con TMG (Kleim et al., 2008; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan, 2001). En este sentido Goffman (1963)

diferencia entre las personas ya “desacreditadas” y las potencialmente “desacreditables”, es decir, las que no han sido todavía identificadas de manera pública pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En tercer lugar otra manifestación del estigma desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales es el estigma internalizado que se ha definido como la aceptación del estigma social (Corrigan y Watson, 2002a). Un ejemplo del estigma internalizado sería el rechazo de una persona con TMG a buscar empleo ya que considera que debido a su trastorno es una persona débil e incompetente para trabajar.



**Figura 3.1.** Clasificación conceptual del estigma en salud mental (Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010)

### 3.3. Estigma internalizado: definición y prevalencia

El estigma internalizado, también denominado autoestigma, sería el resultado final del estigma experimentado y percibido. Así la internalización del estigma se produce como consecuencia de las experiencias de discriminación o bien de la anticipación del estigma percibido hacia su trastorno mental (Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010). El estigma internalizado ha acaparado el interés de las investigaciones en los últimos 15 años al menos por dos motivos. Por un lado el estigma internalizado podría tener un impacto mayor en la vida de las personas con esquizofrenia que otras formas de estigma personal como el experimentado (Switaj, Chrostek, Grygiel, Wciorka y Anczewska, 2014). El impacto del estigma internalizado podría ser un obstáculo en su recuperación clínica y subjetiva como se expondrá en el

apartado 3.5. del presente capítulo. Se trata de un fenómeno prevalente (Boyd et al., 2014) que está evidenciando resistencias en su abordaje desde diferentes aproximaciones terapéuticas como se detallará al final del capítulo. El estigma internalizado se ha definido como un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, sentimientos negativos sobre uno mismo y comportamientos desadaptativos de autodiscriminación (Livingston y Boyd, 2010). La aceptación del estigma social implicaría fundamentalmente una transformación de la identidad personal (Yanos et al., 2008). Esta transformación consistiría en la pérdida de roles sociales que la persona tenía por ejemplo como pareja, amigo o empleado y la adopción de roles estigmatizantes como incompetente, imprevisible o dependiente de otros (Yanos et al., 2008). Al igual que en el estigma social, el estigma internalizado incluiría componentes cognitivos, emocionales y conductuales (Tabla 3.1.; Corrigan y Watson, 2002b). Los componentes cognitivos o estereotipos estarían formados por un conjunto de creencias erróneas y negativas sobre uno mismo, por ejemplo como peligroso, incompetente o carente de voluntad. El componente emocional o prejuicios serían las reacciones emocionales derivadas de la conformidad con esas creencias como la vergüenza, desconfianza sobre la propia capacidad o culpa. Por último la discriminación definiría los comportamientos en respuesta a esas reacciones emocionales como la falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo o alojamiento, aislamiento o el rechazo a buscar ayuda.

**Tabla 3.1.** Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma (Corrigan y Watson, 2002b)

Componentes	Estigma social	Estigma internalizado
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia)	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia)
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, pena)	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (desesperanza, vergüenza)
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a ayudar)	Comportamiento en respuesta al prejuicio (aislamiento, rechazo a buscar ayuda)

Con el desarrollo de los primeros instrumentos de evaluación como la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* o ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*; Ritsher et al., 2003) o la *Escala de Auto-estigma en la Enfermedad Mental* o SSMIS (*Self-Stigma in Mental Illness Scale*; Corrigan, Watson y Barr, 2006) han comenzado a aparecer los primeros datos de prevalencia del estigma internalizado en las personas con TMG y de sus diferentes dimensiones. En primer lugar lejos de ser un fenómeno residual, el estigma internalizado aparece de forma frecuente en las personas con trastornos mentales graves con una prevalencia entre el 28 y el 41,7% (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). No obstante la prevalencia del estigma internalizado es menor que otras formas del estigma personal. Por ejemplo en la revisión de Gerlinger et al., (2013) el 64,5% de las personas con esquizofrenia anticipaban o percibían que iban a ser discriminados socialmente y el 55,9% reportaban haber experimentado estigma en el ámbito familiar, social o laboral. Uno de los estudios de prevalencia sobre el estigma internalizado en el ámbito europeo incluyendo datos españoles es el llevado a cabo por Brohan et al., (2010). En este estudio el 41,7% de las personas evaluadas presentaban niveles moderados y altos de estigma internalizado (Brohan et al., 2010). Recientemente Boyd et al. (2014) han aportado datos de prevalencia de estigma internalizado similares entre el 28 y el 40% en diferentes países de América, Europa y Asia. En segundo lugar los estudios de prevalencia referidos han aportado datos de prevalencia sobre los componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma internalizado así como la capacidad para resistir al estigma utilizando la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* o ISMI (Ritsher et al., 2003). Así en el estudio de Brohan et al., (2010) el componente emocional del estigma internalizado medido con la subescala Alienación se mostró como el más prevalente, apareciendo en el 46,9% de los participantes (Brohan et al., 2010). Junto al componente emocional, el componente conductual del estigma internalizado medido con la subescala Retirada social fue detectado de forma moderada o alta en el 45% de la muestra. Por último el componente cognitivo del estigma internalizado medido con la subescala Aprobación de los estereotipos aparece en menor medida en un 27,7% de los participantes. Estas diferencias en la prevalencia de los tres componentes del estigma internalizado se ha observado en otros estudios (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013), y podrían



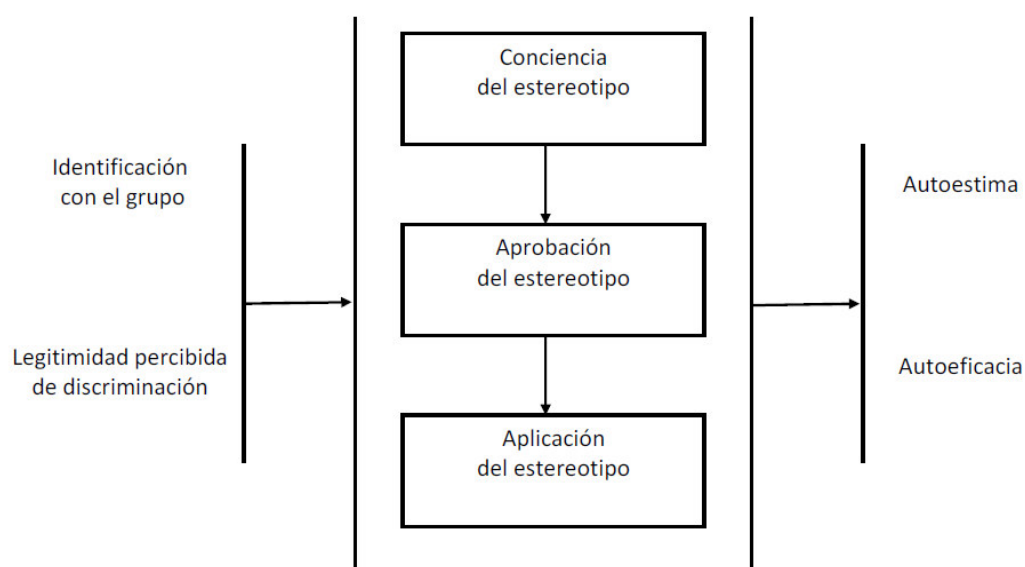
reflejar la relativa independencia entre estos componentes. Por último en el estudio de Brohan et al., (2010) el 49,2% de los participantes mostraban resistencia al estigma o la capacidad para resistir o no resultar afectado por las actitudes estigmatizantes medida con la subescala Resistencia al estigma. En conclusión los datos de prevalencia aportados por los diferentes estudios evidencian que el estigma internalizado es un fenómeno que ocurre de forma frecuente en los TMG (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Sin embargo estos trabajos también revelan que no todas las personas con TMG muestran un elevado estigma internalizado existiendo un porcentaje importante de personas con un bajo estigma internalizado y que muestran resistencia al estigma. Este hecho ha sido denominado la paradoja del estigma en la enfermedad mental (Corrigan y Watson, 2002a) y ha fomentado el desarrollo de modelos teóricos sobre los elementos que conducen a las personas con TMG a internalizar el estigma.

### **3.4. El proceso de internalización del estigma**

Las narrativas sobre la experiencia de recuperación de personas con TMG revelan que mientras algunas personas internalizan las creencias estigmatizantes, otras no perciben el estigma social o se muestran indiferentes al mismo, e incluso algunas personas reaccionan defendiendo sus derechos con empoderamiento (Corrigan y Watson, 2002a). Corrigan et al., (2006) proponen un modelo explicativo del proceso de internalización del estigma con el objetivo de comprender los mecanismos por los que las personas se ven afectadas diferencialmente por el estigma. Este modelo conceptualiza el estigma internalizado como una serie de cuatro niveles progresivos. El primer nivel es el denominado “Conciencia del estereotipo” (del inglés *Stereotype Awareness*). En este nivel la persona sería consciente de las creencias negativas sobre los trastornos mentales que existen en la sociedad en la que vive. Un ejemplo sería cuando la persona es consciente de que la sociedad considera que las personas con un trastorno mental son débiles. Este primer nivel correspondería a lo que otros autores han denominado estigma percibido o anticipado (Link et al., 2001) y en el modelo aparece como un componente necesario pero no suficiente del estigma internalizado. El segundo nivel denominado “Aprobación del estereotipo” (del inglés *Stereotype*

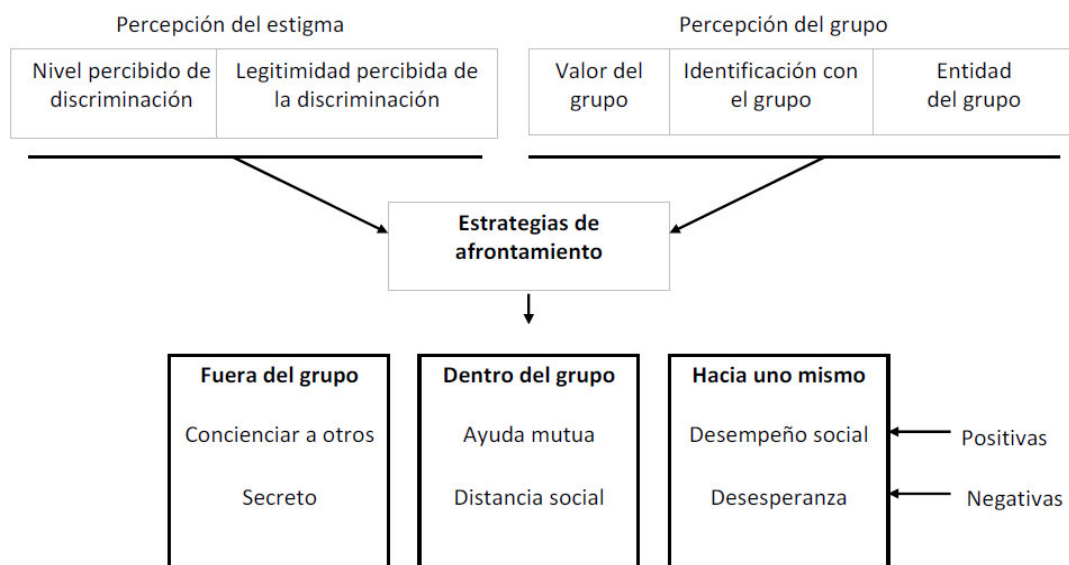
*Agreement*) ocurriría cuando la persona comparte y aprueba los estereotipos sobre los trastornos mentales. Un ejemplo sería cuando la persona con TMG está de acuerdo con que las personas con trastorno mental son débiles. Posteriormente, según los autores del modelo, en el tercer nivel comenzaría realmente la internalización del estigma. Este nivel denominado “Aplicación del estereotipo a uno mismo” (del inglés *Self Concurrence*) ocurriría cuando la persona se atribuye ese estereotipo a si misma. Un ejemplo sería cuando la persona se considera a si mismo débil por tener un trastorno mental. La aplicación de esa creencia negativa a uno mismo conllevaría un último nivel denominado “Daño o Disminución de la Autoestima” (del inglés *Harm/Self-esteem decrement*) donde el proceso de internalización del estigma produciría una disminución de la autoestima y de la percepción de eficacia (Corrigan et al., 2006). En el trabajo de validación empírica del modelo los resultados indicaron que la percepción de estigma o “Conciencia del estereotipo” no se relacionó con los otros tres niveles aunque la “Aprobación del estereotipo” si se relacionó con la “Aplicación del estereotipo a uno mismo” y el “Daño o Disminución de la Autoestima”. Estos dos últimos niveles del modelo predecían una baja autoestima y autoeficacia (Corrigan et al., 2006). Posteriormente el modelo incluyó en el último nivel, junto al daño en la autoestima, la repercusión de los tres primeros niveles en la esperanza (Corrigan, Rafacz y Rüsck, 2011). Cabe señalar que en un estado inicial el modelo no incorporaba los elementos que podrían explicar por qué algunas personas internalizan o no el estigma pese a que habían sido identificados con anterioridad en una revisión conceptual para explicar las distintas reacciones ante el estigma social (Corrigan y Watson, 2002a). Estos elementos son la identificación con el grupo de personas con enfermedad mental y la legitimidad percibida de la discriminación y podrían explicar la *paradoja del estigma en la enfermedad mental* determinando por qué mientras algunas personas reaccionan ante el estigma social internalizándolo, otras reaccionan con indiferencia o con empoderamiento (Figura 3.2; Corrigan y Watson, 2002a). De esta forma si una persona con TMG percibe como legítima y justa una conducta de discriminación por parte de otros, ello conduciría a una baja autoestima o percepción de autoeficacia. Si por el contrario la persona percibe esta discriminación como ilegítima e injusta, podría reaccionar de formas diversas dependiendo de la identificación que hiciera de si mismo con las personas con TMG. Si se identifica con el

grupo reaccionaría a la discriminación desde la defensa de sus derechos o con estrategias propias del empoderamiento. Si rechazando la legitimidad de la discriminación no se identifica con el grupo de personas con TMG reaccionaría con indiferencia. Tanto el empoderamiento como la indiferencia conllevarían una autoestima preservada (Corrigan y Watson, 2002a). Bajo este marco conceptual, Watson, Corrigan, Larson y Sells (2007) revisan el modelo inicial de Corrigan et al., (Corrigan et al., 2006) incorporando esos dos componentes bajo la hipótesis que podrían ser clave en el proceso de internalización del estigma. La Figura 3.2. representa gráficamente el modelo de Watson et al., (2007). Así el modelo propone que una mayor identificación con el grupo de personas con enfermedad mental junto una menor percepción del estigma como legítimo tendrían un papel mediador entre los diferentes niveles en el proceso de internalización del estigma, es decir, entre la “Conciencia de estereotipo”, el “Acuerdo con los estereotipos”, la “Aplicación de los estereotipos a uno mismo” y por último el “Daño a la autoestima y autoeficacia”. El estudio realizado para validar empíricamente el modelo evidencia la capacidad predictiva de la identificación con el grupo y la legitimidad percibida de la discriminación fundamentalmente en la aprobación de los estereotipos y en la aplicación del estereotipo a uno mismo (Watson et al., 2007). Ambos niveles según el modelo serían fundamentales en el proceso de internalización del estigma internalizado.



**Figura 3.2.** Modelo de Estigma Internalizado (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007)

Posteriormente Rüsç et al., (2009a) postulan que la identificación con el propio grupo podría ser una amenaza o un recurso para las personas estigmatizadas dependiendo del valor que le otorgan al grupo y la percepción del grupo como una entidad unitaria. La Figura 3.3. resume las principales ideas del modelo. Para los autores una reducida legitimidad percibida de la discriminación junto a la identificación con el grupo al que se le da valor y se considera como un grupo unitario podría predecir estrategias positivas de afrontamiento al estigma. Así Rüsç et., (2009a) identifican estrategias positivas como la educación a la población sobre los problemas de salud mental, ayudar a otras personas con trastornos mentales, tener un adecuado desempeño dirigido a objetivos personales y participar en iniciativas públicas antiestigma. Estas estrategias serían representativas de la reacción desde el empoderamiento, conceptualizado como el polo opuesto al estigma internalizado (Rüsç et al., 2006). Rüsç et al., (2009a) describen estrategias desadaptativas de afrontamiento ante el estigma como son el mantenimiento del secreto, la distancia social de otras personas con trastornos mentales y la desesperanza. Estas estrategias adversas de afrontamiento ante el estigma social son representativas de la dimensión conductual y emocional del estigma internalizado (Corrigan y Watson, 2002a). Por tanto podría considerarse el estigma internalizado como el resultado de una serie de estrategias de afrontamiento disfuncionales ante el estigma social. El estudio de validación empírica del modelo evidenció que el percibir al grupo de personas con TMG como valioso, o bien, la baja legitimidad percibida de discriminación determinarían estrategias de afrontamiento positivas ante el estigma (Rüsç et al., 2009a). Ambas variables no predijeron conjuntamente las estrategias adecuadas de afrontamiento al estigma. Sin embargo cada una de las variables de forma individual, i.e., elevado valor del propio grupo o baja percepción de la discriminación como legítima, contribuyeron a las reacciones positivas ante el estigma. Igualmente una alta legitimidad percibida de discriminación y la identificación con un grupo poco valioso de personas con TMG predicen el mantenimiento del secreto, el distanciamiento de otras personas con TMG y la desesperanza.

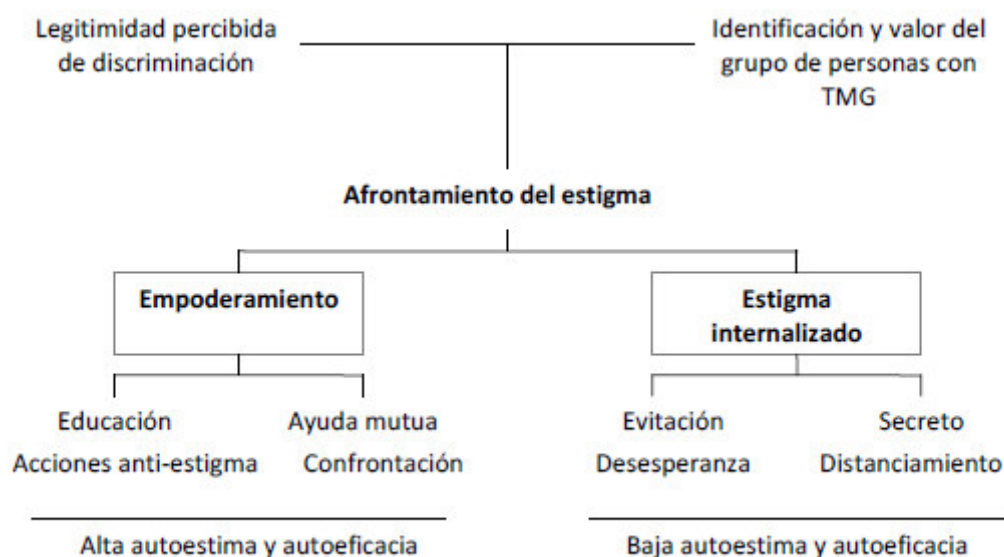


**Fig. 3.3.** Modelo de estigma y percepción de grupo en las respuestas al estigma (Rüsch, Corrigan et al., 2009a)

Recientemente Illic et al., (2012) muestran cómo determinadas estrategias de afrontamiento al estigma como la participación en la comunidad a través de la asociación con otras personas con TMG, el humor sobre la propia situación y los estereotipos positivos del endogrupo (por ejemplo considerar a las personas con TMG más auténticas, sensibles o solidarias que las personas no diagnosticadas) contribuyen a una mejor autoestima, mientras la estrategia de mantener el secreto sobre el TMG predice una baja autoestima. Otro trabajo que estudia el impacto de la legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo en la autoestima evidencia cómo la baja legitimidad de discriminación es el predictor fundamental de una mejor autoestima y empoderamiento (Rüsch, Lieb, Bohus y Corrigan, 2006).

En resumen existen diferentes modelos explicativos que conceptualizarían el estigma internalizado como una serie de niveles progresivos, diferenciando el estigma percibido que ocurrirán en el primer nivel, del estigma internalizado que ocurriría con el tercer y cuarto nivel. Estos modelos identifican dos elementos claves que podrían ser estratégicos en el proceso de internalización del estigma así como las estrategias

positivas para afrontarlo: la identificación con el grupo y la legitimidad percibida de discriminación. Ambos elementos explicarían por qué unas personas internalizan el estigma y presentan baja autoestima y autoeficacia, mientras otras presentan estrategias propias del empoderamiento como participar en actividades antiestigma, educar a la población general sobre los trastornos mentales o confrontar una situación estigmatizante cuando ocurre. Estas estrategias propias del empoderamiento conllevan una elevada autoestima. Los autores que han desarrollado el modelo inicial y las revisiones posteriores sugieren que la naturaleza progresiva del estigma internalizado y los dos componentes clave identificados facilitarían la intervención en este ámbito. Así la identificación con el grupo de personas con trastornos mental, otorgándole valor al propio grupo, y el desafío de la legitimidad del estigma reducirían la internalización del estigma y potenciarían respuestas positivas de afrontamiento situadas en el polo opuesto al estigma internalizado (Corrigan et al., 2006; Rüsch et al., 2009a; Watson et al., 2007). A partir de los datos aportados por los diferentes trabajos, la Figura 3.4 expone gráficamente un modelo que integraría los diferentes elementos clave destacados previamente.



**Figura 3.4.** Modelo integrador del estigma internalizado (Corrigan et al., 2006; Illic et al., 2012; Rüsch, Corrigan et al., 2009a; Watson et al., 2007)

### **3.5. Relación del estigma internalizado con otras variables de recuperación.**

A la luz de lo expuesto en el apartado anterior, el estigma internalizado podría ser uno de los principales obstáculos de la recuperación de las personas con TMG desde una perspectiva clínica y subjetiva (Livingston y Boyd, 2010). Hasta la fecha numerosas investigaciones han evidenciado la relación del estigma internalizado con diferentes variables de recuperación (Brohan et al., 2010; Garay et al., 2014; Livingston y Boyd, 2010; Muñoz et al., 2010).

En primer lugar el estigma internalizado se ha relacionado con diferentes variables psicológicas. Así el estigma internalizado conllevaría que la persona con TMG tuviera una peor percepción de sí misma, su trastorno y su proceso de recuperación. Así un mayor estigma internalizado se asocia a una reducción de la autoestima (Rüsch et al., 2006; Werner, Aviv y Barak, 2008). De hecho en el modelo de Corrigan et al., (2006) la reducción de la autoestima es una de las primeras consecuencias del proceso de internalización del estigma. Igualmente la internalización del estigma se relaciona con un reducido empoderamiento (Brohan et al., 2010; Rüsch et al., 2006). Como se ha indicado con anterioridad, la potente relación negativa entre estas variables ha propiciado que algunos autores conceptualicen el estigma internalizado como “el polo opuesto” al empoderamiento (Rüsch et al., 2006). Un mayor estigma internalizado se asocia a una disminución de las expectativas de recuperación (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2010; Ritscher et al., 2003). La internalización de los estereotipos y prejuicios fomentaría que la persona con TMG renuncie a sus objetivos personales (Corrigan, Larson y Rüsch, 2009). El estigma internalizado se relaciona con una menor percepción de autoeficacia, calidad de vida y esperanza (Livingston y Boyd, 2010). Así la desesperanza hacia las posibilidades de recuperación que manifiestan las personas con un elevado internalizado conlleva una menor adherencia a los tratamientos psicosociales y rehabilitadores (Fung, Tsang, Corrigan, Lam y Cheng, 2007; Gerlinger et al., 2013). Es decir, la internalización del estigma, implicaría que las personas con TMG no accedan a tratamientos eficaces.

En segundo lugar el estigma internalizado se relaciona con una peor recuperación clínica (Gerlinger et al., 2013; Lysaker, Roe y Yanos, 2007). La aceptación de ciertas creencias estigmatizantes en las personas con TMG se asocia a unos reducidos intentos por buscar un trabajo o una vivienda (Corrigan y Penn, 1999; Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend, 1989). Las personas con un elevado estigma internalizado estarían más aisladas y tendrían menos soportes sociales (Brohan et al., 2010). Como destaca Yanos et al., (2008) una de las consecuencias conductuales de la internalización del estigma sería que la persona evite de forma activa los contactos sociales. De esta forma las conductas de autodiscriminación propias del estigma internalizado limitarían un adecuado funcionamiento psicosocial que se manifestaría en la inserción laboral, la independencia residencial o el establecimiento de las relaciones sociales. De hecho tal como se ha detallado en el Capítulo 2 un estigma internalizado elevado junto a bajas expectativas de recuperación determinan unos pobres resultados funcionales (Muñoz et al., 2010). Las personas que internalizan el estigma presentan una mayor severidad de los síntomas de su trastorno y mayores déficit cognitivos concretamente en la atención (Livingston y Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007; Lysaker, Vohs y Tsai, 2009). El estigma internalizado podría moderar la relación de la conciencia de enfermedad con resultados desfavorables en relación a funcionamiento social, la autoestima o la esperanza. Concretamente el trabajo de Lysaker et al., (2007) evidencia que las personas con mayor conciencia de su trastorno mental, junto a un elevado estigma internalizado, presentan peor autoestima y mayor desesperanza en su futuro.

De lo mencionado cabría concluir que el estigma internalizado parece relacionado con una amplia gama de variables de recuperación (Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010). La reducción de la adherencia al tratamiento que podría provocar el estigma internalizado (Fung et al., 2007) ha motivado que recientemente se haya propuesto que los programas de reducción del estigma internalizado sean ofertados incluso antes que otras intervenciones psicosociales (Li, 2014). En el siguiente apartado se abordará de forma específica el estado de la investigación sobre la eficacia de este tipo de intervenciones.



### **3. 6. Programas de intervención en estigma internalizado.**

Recientemente se han publicado dos revisiones sobre los programas dirigidos a la reducción del estigma internalizado existentes (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2014). Pese a la relevancia de estos trabajos existirían varios motivos que limitarían su contribución al presente estudio. En primer lugar la revisión de Mittal et al., (2012) solo reporta los estudios publicados hasta el año 2011, excluyendo la información sobre seis trabajos relevantes que se han publicado desde esa fecha hasta el año 2014. Además los programas seleccionados en su revisión intervienen sobre problemas de salud mental heterogéneos en cuanto al diagnóstico, su gravedad y duración. Por ejemplo incluye los diagnósticos de trastorno por dependencia a sustancias, estrés postraumático o ansiedad junto al de esquizofrenia. Así dicha revisión limitaría la extracción de conclusiones sobre la reducción del estigma internalizado en el TMG. Por otro lado la revisión de Yanos et al., (2014) describe solo ocho trabajos que selecciona como los más representativos de cada modalidad de intervención. En la selección de trabajos realizada los autores excluyen los programas dirigidos a reducir el estigma percibido y al manejo eficaz del estigma. Pese a que este tipo de programas inciden de forma parcial en el estigma internalizado, dada la escasez de trabajos publicados y sobre todo de resultados positivos, resultaría necesario considerar también este tipo de intervenciones. Ante las limitaciones de ambas revisiones para los objetivos del presente trabajo se procedió a revisar 13 estudios sobre programas de estigma internalizado en personas con TMG publicados entre el año 2002 y 2014. La Tabla 3.2. resume algunas de las principales características y resultados de dichos trabajos. Los trabajos revisados aportan información valiosa sobre la eficacia y efectividad de los programas terapéuticos disponibles dirigidos a la reducción del estigma internalizado y mejora de la recuperación en TMG. En las siguientes secciones se analizará de forma pormenorizada tanto los tipos de estrategias de intervención utilizadas en los programas, las principales variables dependientes consideradas en los diferentes trabajos así como el tipo de diseño empleado en relación a los resultados obtenidos.

**Tabla 3.2.** Revisión de los estudios sobre programas de reducción de estigma internalizado

Autor (año)	Muestra (N)	Diseño	Seg.	Intervención (nº sesiones)	Variables Dependientes	Resultados
(1) Link et al., (2002)	TMG (88)	**	24 meses	PS (16)	Estigma percibido y experimentado, Afrontamiento del estigma, Emociones asociadas al estigma	Post.: n.s.  Seg.: Negativos= estrategia de secreto y sentimientos de diferencia y vergüenza
(2) Shin y Lukens (2002)	Esq. (48)	**	—	PS (10)	Estigma percibido, S. psiquiátricos, Habilidades de afrontamiento	Post.: S. generales y positivos, estigma percibido, tres habilidades de afrontamiento
(3) Knight, Wykes y Hayward (2006)	Esq. (21)	*	6 semanas	PS+ TCC (6)	Estigma percibido, Autoestima, Afrontamiento del estrés, Empoderamiento, Sintomatología, Depresión	Post.: Autoestima, S. positivos, negativos, generales y depresión  Seg.: Síntomas positivos, negativos y depresión
(4) McCay et al., (2007)	Esq. (47)	**	—	PS (12)	Autoconcepto definido por la enfermedad, Autoconcepto, Autoestima, Autoeficacia, Estigma percibido y estrategia de secreto, evitación y educación, Calidad de vida, Esperanza	Post.: Autoconcepto definido por la enfermedad, calidad de vida y esperanza
(5) Macinnes y Lewis (2008)	TMG (20)	—	—	PS+TCC (6)	Estigma percibido, Autoestima, Autoaceptación, Bienestar psicológico	Post.: Estigma percibido
(6) Aho- Mustonen et al., (2011)	Esq. (39)	**	3 meses	PS (8)	Conocimientos sobre el trastorno, Conciencia de enfermedad, Adherencia al tratamiento, Actitudes hacia la medicación, Sintomatología, Autoestima, Calidad de vida, Estigma percibido	Post.: Autoestima  Seg.: Conocimientos sobre el trastorno, Conciencia de enfermedad Negativos: Irritabilidad

Autor (año)	Muestra (N)	Diseño	Seg.	Intervención (nº sesiones)	Variables Dependientes	Resultados
(7) Lucksted et al., (2011)	TMG (34)	—	—	PS+TCC (9)	Estigma internalizado, Recuperación subjetiva, Apoyo social percibido, empoderamiento	Post.: Estigma internalizado, apoyo social percibido y recuperación subjetiva
(8) Fung, Tsang y Cheung (2011)	Esq. (66)	**	2, 4, 6 meses	PS+ TCC (12 + 4)	Estigma internalizado y percibido, Estados de cambio, Adherencia al tratamiento, Conciencia de enfermedad, Autoeficacia, Autoestima	Post.: Autoestima, predisposición al cambio y adherencia al tratamiento psicosocial  Seg.: n.s.
(9) Lysaker et al., (2012)	Esq. (70)	—	—	Rehabilitación Vocacional (5 meses)	Estigma internalizado, Autoestima	Post.: Estigma internalizado y autoestima
(10) Yanos et al., (2012)	TMG (39)	**	3 meses	PS+TCC+TN (20)	Estigma internalizado, Esperanza, Autoestima, Afrontamiento de síntomas, Funcionamiento psicosocial, Sintomatología, Conciencia de enfermedad	Post.: n.s.
(11) Sibitz et al. (2013)	Esq. (80)	*	—	Hospital de Día. (5 semanas)	Estigma Internalizado, Sintomatología, Calidad de vida	Post.: Estigma internalizado, psicopatología y salud psicológica (calidad de vida)
(12) Roe et al., (2014)	TMG (119)	*	—	PS+TCC+TN (20)	Estigma internalizado, Calidad de vida, Esperanza, Autoestima	Post.: Estigma internalizado, calidad de vida y autoestima
(13) Rüsch et al., (2014)	TMG (100)	**	3 semanas	Ayuda mutua (3)	Estigma Internalizado, Empoderamiento, Secreto, Malestar ante la divulgación, Beneficios de la divulgación, Estrés relacionado con Estigma, Autoeficacia ante la divulgación	Post.: Secreto, malestar ante divulgación y estrés relacionado con el estigma  Seg.: Estrés relacionado con Estigma, Beneficios percibidos de la divulgación

*Nota.* nº.: número; Seg.: Seguimiento; Post.: Posterior a la fase de tratamiento; Esq.: Esquizofrenia o Trastorno esquizoafectivo; TMG: Trastorno Mental Grave; PS: Psicoeducación; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TN: Terapia Narrativa; n.s.: diferencias no significativas; \* Grupo control; \*\* Grupo control aleatorizado ; ---- Ausencia de grupo control

## **Metodología de los programas de reducción del estigma internalizado**

En relación al diseño se han revisado las características metodológicas señaladas como necesarias en los estudios de eficacia sobre intervenciones psicológicas descritas por Nathan, Stuart y Dolan (2000). Así estos autores han argumentado la necesidad de incluir grupos de pacientes lo más homogéneos posibles, asignar aleatoriamente a los participantes al grupo experimental y control, así como establecer un manual que describa las técnicas de intervención utilizadas (Nathan et al., 2000). Las características metodológicas se expondrán a continuación. En relación al establecimiento de grupo control aleatorizado solo siete de los trabajos revisados incluyen dicho grupo en su estudio. En el resto de trabajos tres no aleatorizaron el grupo control y tres estudios no incluyeron grupo control con el que comparar los resultados del programa. Tal y como han señalado Fernández y Pérez (2001) mientras la existencia del grupo control es necesaria para comparar los efectos del tratamiento, la asignación aleatoria controlaría que la variable explicativa de los cambios tras el tratamiento sea la condición misma de recibir o no el tratamiento y no otras variables. Por ello en seis de los trabajos revisados debido a sus déficit metodológicos (ausencia de grupo control o no aleatorización) no se podría concluir que los resultados observados tras el programa fueran debidos a dicho programa y no a otros factores no controlados. En relación a las medidas de seguimiento solo cinco de los siete estudios controlados aleatorizados incluyeron medidas de seguimiento tras la finalización del programa para evaluar el mantenimiento de los resultados en el tiempo.

En relación la duración de los diferentes programas de intervención, estos se han desarrollado con una duración variable que oscilaría desde las 3 sesiones del programa de ayuda mutua de Rűch et al., (2014), a los cinco meses del programa de rehabilitación vocacional de Lysaker et al., (2012). A este respecto el incremento del número de sesiones de los programas revisados no aumentó necesariamente la eficacia de los programas. Así mientras existen programas que modificaron alguna variable de estigma de forma eficaz con tan solo tres sesiones, otros con más de 16 no obtuvieron ningún tipo de resultado (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan,

2002; Yanos, Roe, West, Smith y Lysaker, 2012). El número de sesiones de un programa de reducción del estigma internalizado no debería prolongarse innecesariamente al margen de los contenidos de dicho programa. De hecho programas como el de Lucksted et al. (2011) mostró cambios en estigma internalizado con solo 9 sesiones.

En relación a las variables dependientes, los estudios incluyeron variables de estigma y aspectos relacionados con el mismo, variables vinculadas a aspectos subjetivos, así como variables de recuperación clínica (ver Tabla 3.2.). Por un lado todos los estudios incluyeron como variable dependiente el estigma siendo los más frecuentes el estigma internalizado y el estigma percibido seguido de las estrategias de afrontamiento al estigma o del malestar asociado al estigma. Por otro lado la autoestima fue la variable dependiente considerada más frecuentemente seguida de otras como la autoeficacia, el empoderamiento y la calidad de vida. Solo uno de los estudios evaluó la percepción subjetiva de la propia recuperación. Por último los trabajos consideraron variables dependientes de recuperación clínica como la sintomatología, el funcionamiento social, el conocimiento del trastorno o la conciencia de enfermedad. Cabe destacar que la multitud de variables empleadas en los diferentes estudios limitaría en parte la posibilidad de comparación entre los resultados.

En relación al tamaño muestral los estudios controlados aleatorizados que se han revisado mostraron tamaños muestrales desde 39 a 100 sujetos. Mientras uno de los trabajos que menos muestra utilizó no evidenció ningún cambio (Yanos, Roe et al., 2012), los estudios que incluyeron muestras a partir de 39 participantes observaron cambios tras los programas evaluados (Aho-Mustonen et al., 2011; Fung, Tsang y Cheung, 2011; McCay et al., 2007; Rüsch et al., 2014; Shin y Lukens, 2002). En relación a la homogeneidad de la muestra, de los siete estudios que incluyeron grupo control aleatorizado solo tres presentaron muestras homogéneas en cuanto a las variables de estigma. Es decir, aunque en la selección de los participantes se establecieron criterios de inclusión y exclusión, estos criterios fueron fundamentalmente clínicos (diagnóstico, ausencia de discapacidad intelectual o deterioro cognitivo grave, etc.). Solo tres estudios consideraron como criterios de inclusión las variables de estigma sobre las

que iban a intervenir y por tanto solo éstos incluyeron muestras homogéneas en cuanto a este tipo de variables. Así en el estudio de Fung et al. (2011) y en el de Yanos et al., (2012) se seleccionaron los participantes que presentaron un elevado estigma internalizado. En el estudio de Rüsch et al., (2014) se seleccionaron los participantes que presentaron al menos un nivel moderado de malestar ante la divulgación de su trastorno, aspecto central en la intervención desarrollada. Por último todos los trabajos revisados excepto el de McCay et al., (2007) describieron el tipo de intervención desarrollada bien, detallando en las publicaciones contenidos y estrategias utilizadas en cada sesión, o bien incluyendo manual completo de intervención como el aportado en el estudio de Röch et al., (2014).

### **Resultados de programas de reducción del estigma internalizado**

En este apartado se expondrán los resultados de los programas de reducción del estigma internalizado evaluados mediante estudios controlados aleatorizados y posteriormente los resultados evaluados con estudios con un menor rigor metodológico. En primer lugar en la revisión de programas se puede observar que ninguno de los siete estudios controlados aleatorizados evidenció una reducción del estigma internalizado tras la intervención. Solo tras uno de los programas de psicoeducación se observó una reducción del estigma percibido tras el programa desarrollado (Shin y Lukens, 2002). Siendo éste un resultado relevante, cabe destacar que las intervenciones dirigidas fundamentalmente a reducir el estigma percibido y a manejar más eficazmente la discriminación serían insuficientes para proteger a la persona de la internalización de los estereotipos (Yanos et al., 2014). No obstante los estudios bien controlados metodológicamente evidenciaron mejoras en otras variables de estigma y de recuperación que se detallarán a continuación. Por un lado en la revisión se observó que cuatro programas emplearon psicoeducación como principal estrategia terapéutica para reducir el estigma percibido o internalizado. Los programas de psicoeducación se fundamentan en la utilidad que tiene la transmisión de información veraz sobre los trastornos mentales para cuestionar las creencias erróneas y por tanto la internalización del estigma. Los cuatro programas que emplearon estrategias psicoeducativas utilizaron dichas estrategias para mejorar los

conocimientos sobre el trastorno así como a reducir la percepción de estigma y ayudar a los participantes a manejar más eficazmente la discriminación (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002; McCay et al., 2007; Shin y Lukens, 2002). Tres de estos programas obtuvieron mejoras en la autoestima y autoconcepto, la esperanza, la calidad de vida, la sintomatología, las habilidades de afrontamiento, los conocimientos del trastorno y la conciencia de enfermedad (Aho-Mustonen et al., 2011; McCay et al., 2007; Shin y Lukens, 2002). El programa de Link et al., (2002) no evidenció ningún cambio favorable. Sin embargo dos de estos programas mostraron efectos adversos de la intervención en el seguimiento realizado tras la intervención. Concretamente Link et al., (2002) observaron en el seguimiento a los dos años un aumento de la estrategia de mantener en secreto el diagnóstico así como mayores sentimientos de vergüenza y percepción de ser diferente de los demás. Estos resultados desfavorables en el seguimiento también se evidenciaron en el trabajo de Aho-Mustonen et al., (2011) donde se observó un aumento de la irritabilidad en la evaluación de la sintomatología en el grupo experimental y una mayor calidad de vida en el grupo control que no se observó en el grupo experimental. Los resultados adversos de ambos programas de psicoeducación (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002) así como las recomendaciones metodológicas de los estudios de eficacia en relación a la homogeneidad de los participantes (Nathan et al., 2000), señalarían la necesidad de utilizar en los programas de reducción del estigma internalizado criterios de inclusión relacionados con el estigma. Este criterio de inclusión podría prevenir los potenciales efectos adversos de este tipo de programas, al dirigirlos a personas con elevado estigma internalizado mejorando la calidad metodológica de los estudios. Por otro, lado entre los siete estudios bien controlados, dos de ellos evaluaron programas cognitivo conductuales. Las estrategias cognitivo conductuales se basan en la definición del estigma internalizado como un conjunto de ideas irracionales que conllevan una repercusión emocional y conductual desfavorable (Larson y Corrigan, 2010). Solo uno de éstos trabajos obtuvo mejoras en la autoestima, la predisposición al cambio y adherencia al tratamiento psicosocial (Fung et al., 2011). En el estudio de Yanos et al., (2012) no se observó ningún cambio estadísticamente significativo tras el programa en ninguna de las variables consideradas. Por último un estudio controlado aleatorizado evaluó la eficacia de un programa de ayuda mutua (Rüsch et al., 2014).

Esta estrategia se fundamenta en el beneficio que el apoyo entre iguales tiene entre los colectivos que sufren discriminación (Corrigan, Kosyluk y Rüsch, 2013). Estos programas son impartidos por personas con trastornos mentales entrenadas previamente para ello e incluyen elementos psicoeducativos y motivacionales. Dicho programa observó mejoras relacionadas con la estrategia de la divulgación y el malestar asociado con el estigma (Rüsch et al., 2014).

En segundo lugar seis trabajos con menor rigor metodológico que los estudios expuestos en la sección anterior, evaluaron diferentes programas de reducción del estigma internalizado. Tal como se ha comentado los déficit metodológicos de dichos estudios limitarían la extracción de resultados. Pese a ello se observa que cuatro de estos trabajos utilizando la TCC como estrategia terapéutica para reducir el estigma internalizado, obtuvieron mejoras en estigma internalizado y percibido, autoestima, sintomatología, apoyo social percibido, expectativas de recuperación y calidad de vida (Knight, Wykes y Hayward, 2006; Lucksted et al., 2011; Macinnes y Lewis, 2008; Roe et al., 2014). Dos trabajos evaluaron la efectividad de una intervención no específica en la reducción del estigma internalizado, i.e., un programa de rehabilitación vocacional y el tratamiento de un hospital de día, observando una mejora en el estigma internalizado, la autoestima, la psicopatología y calidad de vida (Lysaker et al., 2012; Sibitz et al., 2013). Estos programas se fundamentan en el beneficio potencial que las intervenciones integrales centradas en las necesidades y en habilidades valiosas tendrían en la reducción del estigma internalizado.

Una de las principales conclusiones que cabría extraer de la revisión de los trabajos publicados a la fecha sobre programas de reducción del estigma internalizado es que ninguno de los estudios que incluyeron un control experimental adecuado, i.e., con grupo control aleatorizado, resultaron eficaces en la reducción del estigma internalizado. Pese a ello, la revisión de estudios aportarían información relevante para el diseño de nuevos programas, tal y como se expone en la Tabla 3.3.



**Tabla 3.3.** Recomendaciones extraídas de la revisión de estudios sobre programa de estigma internalizado

Características	Recomendaciones
Estrategias terapéuticas	Psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y de apoyo mutuo
Duración del programa	El número de sesiones se establece en función de los contenidos
Perfil de participantes	Dirigido a personas con elevado estigma internalizado
Diseño metodológico	Estudio controlado aleatorizado Incluir manual detallado de la intervención Tamaño muestral a partir de 40 sujetos Incluir seguimiento del mantenimiento de los resultados





**CAPÍTULO 4.**  
**ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**



## **4. ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

### **4.1. Introducción**

Uno de los ámbitos de renovado interés en relación al estudio de los trastornos mentales atañe a las alteraciones neuropsicológicas presentes en dichos trastornos, concretamente en la esquizofrenia. Tal interés ha venido impulsado al menos por tres motivos. En primer lugar, y como se mencionó en el Capítulo 1, las alteraciones cognitivas podrían jugar un papel en la etiología de la esquizofrenia pudiendo representar dichas alteraciones marcadores estables de vulnerabilidad presentes antes del primer brote psicótico e incluso en familiares de primer grado (López-Luengo et al., 2010). En segundo lugar las alteraciones cognitivas podrían ser importantes en el pronóstico funcional de las personas con esquizofrenia, como por ejemplo en el rendimiento laboral o el mantenimiento de una vida independiente (Green et al., 2000; Green, Kern y Heaton, 2004). En tercer lugar diferentes trabajos han abordado la potencial limitación que las alteraciones cognitivas tendrían en la adquisición de resultados tras las intervenciones psicosociales (Kurtz, 2011). Los resultados de este conjunto de investigaciones resultan de especial relevancia para los objetivos del presente trabajo. Se ha postulado que las intervenciones psicosociales como los programas de psicoeducación o de habilidades sociales podrían depender en gran medida de procesos cognitivos como la atención, la memoria o las funciones ejecutivas (López-Luengo et al., 2010), por lo que los déficit en dichos procesos podrían reducir los beneficios terapéuticos de los programas psicosociales. De esta forma las alteraciones cognitivas podrían explicar la falta de eficacia de ciertas intervenciones como por ejemplo en el caso de los programas de reducción de estigma internalizado

revisados en el capítulo 3. En última instancia clarificar esta cuestión podría mejorar las intervenciones psicosociales desarrolladas en el TMG bien dirigiéndolas a participantes con determinados perfiles cognitivos, bien adaptando la metodología de intervención al nivel de rendimiento de los participantes, o bien complementando la intervención con programas de rehabilitación cognitiva. Sin embargo los trabajos disponibles se han centrado en estudiar la potencial contribución de las alteraciones cognitivas en personas con esquizofrenia y no con otros diagnósticos psiquiátricos. Considerando que las intervenciones psicosociales ofrecidas desde los recursos sociosanitarios se dirigen fundamentalmente a personas con TMG y por tanto a un colectivo formado por individuos con diferentes diagnósticos (AEN, 2012), resulta relevante conocer las alteraciones cognitivas en el TMG y la potencial contribución de dichas alteraciones a los resultados de las intervenciones psicosociales. En el presente capítulo se expondrán, en primer lugar, resultados actuales sobre las principales alteraciones cognitivas presentes en las cuatro categorías diagnósticas principales del TMG. En segundo lugar se revisarán los resultados de los trabajos que han estudiado la capacidad predictiva de las alteraciones cognitivas en la adquisición de resultados tras diferentes intervenciones psicosociales en personas con esquizofrenia, dada la escasez de datos equiparables en otras categorías diagnósticas del TMG.

#### **4.2 Alteraciones cognitivas en el trastorno mental grave**

En esta sección se describirán los principales resultados de ocho meta-análisis existentes sobre alteraciones cognitivas presentes en personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo (Bora, 2013; Chan, Li, Cheung y Gong, 2010; Mann-Wrobel, Carreno y Dickinson, 2011; Plana, Lavoie, Battaglia y Achim, 2014; Rock, Roiser, Riedel y Blackwell, 2013; Samame, Martino y Strejilevich, 2012; Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013; Shin, Lee, Kim y Kwon, 2014). La selección de meta-análisis versus revisiones no sistemáticas obedece a la utilidad de dicha metodología para revisar, integrar y analizar grandes volúmenes de resultados de investigación (Botella y Gambara, 2006). En cada uno de los trabajos se aporta el tamaño del efecto en diferentes pruebas de evaluación neuropsicológica reflejando la magnitud de las diferencias de las personas

diagnosticadas, respecto a los controles sanos o no diagnosticados en una escala de medida comparable. Para describir el tamaño del efecto se considerarán los criterios orientativos de Cohen (1988) donde un tamaño menor de 0,3 indica un efecto bajo, alrededor de 0,5 un efecto moderado y mayor de 0,8 un efecto alto.

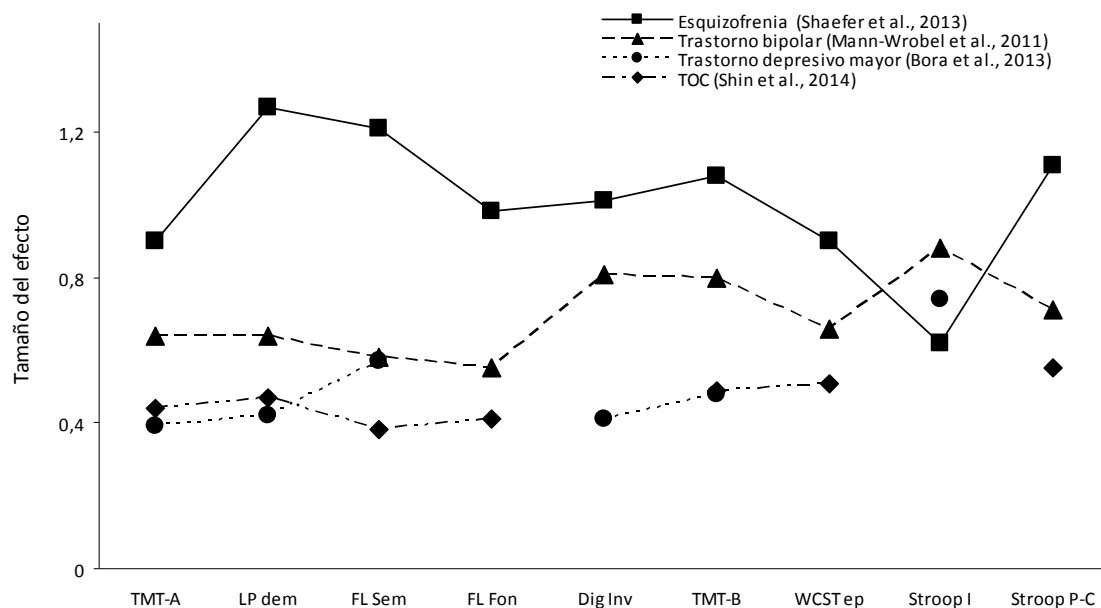
El objetivo de la presente sección se centra en identificar las alteraciones cognitivas presentes en los diferentes trastornos que se agrupan bajo el concepto de TMG con el fin último de extraer conclusiones sobre las alteraciones cognitivas que podrían caracterizar a este colectivo. Sin embargo no debe ignorarse el hecho que las alteraciones cognitivas no se presentarían de forma homogénea en todas las personas diagnosticadas. Por ejemplo algunos estudios muestran que entre el 15 y 30% de las personas con esquizofrenia y hasta un 40% de las personas con trastorno bipolar presentarían un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad (Burdick et al., 2014; Palmer, Dawes y Heaton, 2009). La Tabla 4.1. muestra un resumen de los datos aportados sobre el tamaño del efecto en el desempeño de las pruebas neuropsicológicas en los cuatro diagnósticos según los diferentes meta-análisis considerados (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Plana et al., 2014; Rock et al., 2013; Samame et al., 2012; Savla, Vella, Armstrong, Penn y Twamley, 2013; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Con el objetivo de ilustrar gráficamente la magnitud de las diferencias entre controles no diagnosticados y pacientes con diferentes diagnósticos, la Figura 4.1. muestra el desempeño en algunas tareas neuropsicológicas clásicas (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014).



**Tabla 4.1.** Magnitud de las diferencias (tamaño del efecto) entre controles no diagnosticados y pacientes con diferentes diagnósticos durante el desempeño de las pruebas neuropsicológicas (Bora, 2013; Plana et al., 2014; Rock et al., 2013; Samame et al., 2012; Savla et al., 2013; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014)

Procesos cognitivos		Pruebas empleadas	ESQ	TB	TDM	TOC
<b>Atención</b>	Atención sostenida	<i>CPT, Digit symbol, RVIP</i>	***	**	**	**
	Control de la interferencia	<i>Stroop PC</i>	***	***	***	***
<b>Memoria operativa</b>	Mantenimiento inf. verbal	<i>Dígitos directos</i>	**	**	**	n.s.
	Mantenimiento inf. visual	<i>Span visual directos, Cubos de corsi</i>	**	-	-	**
	Manipulación inf.	<i>Dígitos inversos, Letras y Números, N-back</i>	***	***	**	**1
<b>Memoria Largo Plazo</b>	Memoria episódica	<i>Listas de palabras, Verbal Learning Test</i>	***	**	**	**
		<i>Recuerdo de historias</i>	***	***	-	-
		<i>Reconocimiento de palabras</i>	**	**	n.s.	n.s.
	Memoria semántica	<i>Tareas de fluidez verbal</i>	***	**	**	**
	Memoria espacial	<i>TFCR, Spatial Recognition Memory</i>	***	**	**	***
<b>Funciones ejecutivas</b>	Flexibilidad cognitiva	<i>TMT-B</i>	***	***	**	**
		<i>WCST, IEDSS</i>	***	***	**	***
	Planificación	<i>Mapa del Zoo, Torre de Londres y Torre de Hanoi, TFCR</i>	***	**	**	***
<b>Velocidad de procesamiento</b>		<i>Digit Symbol, TMT-A, Stroop-C</i>	***	**	**	**
<b>Cognición social</b>	Percepción de emociones	<i>The Face Emotion Identification Test</i>	***	*	*	*
	Teoría de la mente	<i>Prueba de falsas creencias, tareas de mentalización</i>	***	***	-	*
	Estilo atribucional	<i>IPSAQ</i>	n.s.	-	-	**
	Percepción social	<i>Profile of Nonverbal Sensitivity</i>	***	-	-	-
	Conocimiento social	<i>Situational Feature Recognition Test</i>	**	-	-	-

*Nota.* ESQ: Esquizofrenia; TB: Trastorno bipolar; TDM: Trastorno depresivo mayor; TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo; \* tamaño del efecto bajo <0,3; \*\* tamaño del efecto moderado 0,3-0,8; \*\*\* tamaño del efecto alto >0,8; - (no descrito); n.s. (no diferencia con controles sanos); 1: solo información visual, en información verbal no muestran diferencias significativas; inf.: información; CPT: Continuous Performance Test; RVIP: Rapid Visual Information Processing; Stroop PC: Test de colores y palabras Stroop condición Palabra-Color; TMT-B: Trail Making Test parte B; TMT-A: Trail Making Test parte A; WCST: Wisconsin Card Sorting Test; IEDSS: Tarea de cambio Intra-Extra Dimensional; TFCR: Test de la Figura Compleja de Rey; IPSAQ: The Internal, Personal, and Situational Attributions Questionnaire.



**Figura 4.1.** Representación gráfica del tamaño de las diferencias obtenidas entre pacientes y controles no diagnosticados en diferentes pruebas neuropsicológicas. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; TMT-A: Trail Making Test, parte A; LP dem: Tarea de recuerdo de lista de palabras demorada; FL Sem: Tarea de fluidez semántica; FL Fon: Tarea de fluidez fonológica; Dig Inv: Dígitos Inversos; TMT-B: Trail Making Test, parte B; WCST ep: Wisconsin Card Sorting Test, errores perseverativos; Stroop Inte: Test de Stroop Interferencia; Stroop P-C: Test de Stroop, condición palabra-color.

A continuación se revisarán algunas de las principales conclusiones derivadas de los diferentes trabajos agrupando éstas en función de los diferentes procesos cognitivos reportados.

#### 4.2.1 Atención

La revisión de los meta-análisis indicaría que las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían importantes alteraciones en la atención. Mientras que las personas con esquizofrenia tienen importantes dificultades para mantener la atención sobre una tarea durante periodos prolongados de tiempo, esta dificultad también caracterizaría, aunque con menor intensidad, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo compulsivo que muestran tamaños del efecto moderado. De hecho las personas con esquizofrenia o con trastorno obsesivo compulsivo tienden a mostrar un

pobre desempeño en tareas que requieren una atención sostenida como el *Test de Ejecución Continua* o *Continuous Performance Test* (Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Las personas con trastorno bipolar y con trastorno depresivo mayor presentaron un pobre desempeño en tareas como *Clave de números* o *Rapid Visual Information Processing* (Mann-Wrobel et al., 2011; Rock et al., 2013). Todos los diagnósticos considerados mostraron un peor desempeño en el *Test de Stroop* en la condición palabra-color en comparación con la población no diagnosticada, con un tamaño del efecto moderado-alto (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Específicamente, en comparación con otras pruebas de evaluación, la condición interferencia del test de Stroop fue una de las que mostró mayores diferencias entre las personas con trastorno bipolar versus grupo control (Mann-Wrobel et al., 2011).

#### **4.2.2 Memoria**

##### ***Memoria operativa o de trabajo.***

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían déficit importantes en la memoria operativa. Así presentarían un desempeño deficitario en las pruebas que evalúan funciones relacionadas con el mantenimiento de la información y las relacionadas con la manipulación de dicha información. En relación al mantenimiento de la información verbal los trabajos revisados evidenciaron que las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor realizaron peor la prueba de *Dígitos Directos* en comparación con los controles no diagnosticados con un tamaño del efecto moderado (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo no se diferenciaron de los controles no diagnosticados en el desempeño de la tarea de *Dígitos Directos* (Shin et al., 2014). En relación al mantenimiento de la información visual los trabajos evidenciaron que las personas con esquizofrenia y con trastorno obsesivo compulsivo tuvieron un peor desempeño en las pruebas de *Span visual directos* o la tarea de *Cubos de Corsi* en comparación con los controles no diagnosticados presentando un tamaño del efecto

moderado (Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). En relación al mantenimiento de información asociada de diferentes modalidades los resultados de un reciente meta-análisis han evidenciado que las personas con esquizofrenia mostrarían un desempeño deficitario con un tamaño del efecto alto, tanto en tareas de memoria *binding* que incluyen dos tipos de información unidas, como en tareas de memoria con un solo tipo de información, i.e., visual o verbal, en comparación con los controles (Grot, Potvin y Luck, 2014). Por último las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar mostraron importantes dificultades, con un tamaño del efecto alto, en tareas que suponen la manipulación de la información como en la tarea de *Dígitos inversos*, la prueba de *Letras y Números* o la prueba *N-back*. Las personas con trastorno depresivo mayor tendrían dificultades en este tipo de tareas pero en menor medida, mostrando un tamaño del efecto moderado, y las personas con trastorno obsesivo compulsivo no tendrían dificultad en manipular información de tipo verbal pero si visuoespacial en las que mostrarían tamaños del efecto moderados (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014).

### ***Memoria a largo plazo***

Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían alteraciones en la memoria explícita, concretamente en la memoria episódica, semántica y espacial. Sin embargo en la memoria implícita concretamente en la denominada memoria procedimental, relacionada con la habilidad para aprender habilidades psicomotoras, estaría relativamente preservada (Vargas, Sanz y López-Luengo, 2010). Se ha revisado el desempeño en tareas que evalúan memoria episódica, memoria semántica y memoria espacial en los diferentes diagnósticos. En relación a la memoria episódica las personas con esquizofrenia realizaron sustancialmente peor tareas de recuerdo demorado tanto en lista de palabras como en historias mostrando un tamaño del efecto alto, es decir presentaría dificultades en las tareas que evalúan memoria a largo plazo episódica con material verbal. Sin embargo parece que el reconocimiento no estaría tan alterado como el recuerdo demorado presentando en este tipo de tareas tamaños del efecto moderados (Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno bipolar realizaron

sustancialmente peor tareas de recuerdo demorado de historias con un tamaño del efecto alto y también de recuerdo demorado de lista de palabras aunque con un tamaño del efecto moderado (Mann-Wrobel et al., 2011). Es decir las personas con trastorno bipolar presentarían dificultades moderadas-altas en las tareas que evalúan memoria a largo plazo episódica con material verbal. Las personas con trastorno depresivo mayor y con trastorno obsesivo compulsivo también mostraron dificultades en el recuerdo demorado de listas de palabras con un tamaño del efecto moderado aunque cabe destacar que no tendrían dificultades relevantes en el reconocimiento, donde no presentaron diferencias significativas con los controles no diagnosticados (Bora, 2013; Shin et al., 2014). En relación a la memoria semántica las personas con esquizofrenia mostraron significativamente un peor desempeño en tareas de fluidez verbal semántica en comparación con los controles no diagnosticados, con un tamaño del efecto alto (Schaefer et al., 2013). Sin embargo los trabajos también observaron un desempeño deficitario en estas tareas en el trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo aunque con un tamaño del efecto moderado. El tamaño del efecto fue mayor para tareas de fluidez semántica que en otras tareas de fluidez verbal como en fonemas en todos los diagnósticos excepto en el trastorno obsesivo compulsivo donde el desempeño estuvo alterado de forma similar en ambos tipos de fluidez verbal (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). En relación a la memoria espacial las personas con esquizofrenia realizaron sustancialmente peor tareas de recuerdo demorado de figuras mostrando un tamaño del efecto alto (Schaefer et al., 2013). Igualmente se observó este desempeño deficitario en personas con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor aunque con un tamaño del efecto moderado (Mann-Wrobel et al., 2011; Rock et al., 2013). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostraron un tamaño del efecto moderado-alto en el recuerdo inmediato de la *Figura Compleja de Rey* siendo la prueba que peor desempeñaron de todas las que consideraron los estudios (Shin et al., 2014).

#### 4.2.3. Procesamiento Lingüístico

A diferencia de otros procesos cognitivos, no hay disponibles meta-análisis sobre las alteraciones del lenguaje en los diferentes diagnósticos incluidos en el TMG. Por ello en este apartado se han considerado dos revisiones de la literatura centradas en esquizofrenia (Covington et al., 2005; Radanovic, Sousa, Valiengo, Gattaz y Forlenza, 2013). Estas revisiones han evidenciado alteraciones específicas en el lenguaje en personas con esquizofrenia, fundamentalmente en su dimensión pragmática. De cara a organizar la información de las revisiones en el presente apartado se ha considerado dos dimensiones fundamentales en el lenguaje. Por un lado una dimensión microlingüística que implicaría la organización de los patrones fonológicos en cadenas morfológicas o palabras, y por otro lado una dimensión macrolingüística que implica determinar el significado contextual apropiado de una palabra o frase, es decir el procesamiento pragmático, y las características conceptuales de un texto o discurso.

En primer lugar, en la dimensión microlingüística, mientras las personas con esquizofrenia no mostrarían alteraciones generalizadas en el procesamiento fonológico, si presentarían alteraciones en la producción relacionadas con una prosodia de entonación aplanada (Covington et al., 2005). Sin embargo estas dificultades podrían tener relación con el uso pragmático del lenguaje. De hecho tanto la percepción como la producción de la prosodia emocional se ha mostrado alterada en las personas con esquizofrenia en comparación con población no diagnosticada mostrando un tamaño del efecto alto (Hoekert, Kahn, Pijnenborg y Aleman, 2007). En relación al procesamiento léxico se han descrito dificultades en el acceso léxico que podrían explicar en parte la reducida fluidez verbal que presentan las personas con esquizofrenia. En las tareas de fluidez verbal también se han observado dificultades en tareas de categorización semántica. Algunas alteraciones en el lenguaje en la esquizofrenia como la presencia de neologismos o el discurso pomposo se han vinculado tanto a dificultades en el acceso léxico como a dificultades en el control de las representaciones semánticas. Los estudios que utilizan tareas de *priming* semántico han sugerido que las personas con esquizofrenia tendrían una facilitación semántica que, junto a una dificultad para ejercer un control ejecutivo adecuado de los

mecanismos de producción, daría lugar a alteraciones como neologismos, palabras pomposas o asociaciones intrusivas al final de las frases (Radanovic et al., 2013) haciendo referencia nuevamente a las funciones ejecutivas en las alteraciones del lenguaje. El procesamiento sintáctico no aparecería alterado de forma significativa en las personas con esquizofrenia. Pese a ello Covington et al., (2005) han señalado que si bien la estructura sintáctica del discurso sería generalmente normal, pese a la desorganización semántica, aparecería una simplificación sintáctica que podría ser resultado más de un déficit cognitivo general que de una alteración sintáctica específica. En este sentido se ha señalado que la simplicidad sintáctica y las dificultades en la comprensión de la sintaxis podría tener relación con las alteraciones de la memoria, especialmente la memoria de trabajo que influiría en la capacidad de comprender material más complejo (Radanovic et al., 2013).

En segundo lugar, y en relación a la dimensión macrolingüística, se han observado alteraciones importantes en la comprensión del lenguaje metafórico en la esquizofrenia. De esta forma se han descrito dificultades para la comprensión de expresiones no literales como proverbios, metáforas o ironías (Marini et al., 2008). Igualmente aparecerían importantes dificultades en la producción del discurso. El discurso podría manifestarse incoherente o simplemente vago y ambiguo. Dichos resultados han sido asociados a problemas de planificación discursiva resultando en una falta general de estructura temática (Covington et al., 2005). El lenguaje desorganizado o incoherente se observa en el descarrilamiento del discurso (por ejemplo saltando de un tema a otro), la tangencialidad en las respuestas o la incoherencia grave (por ejemplo, ensalada de palabras). Los estudios sobre la pragmática del lenguaje han revelado como algunas de estas alteraciones a nivel del discurso parecen estrechamente relacionada con los déficit en teoría de la mente en la esquizofrenia, entendida como la capacidad para atribuir estados mentales a otros y así poder predecir su comportamiento (Radanovic et al., 2013).

#### 4.2.4. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas se han definido como las capacidades cognitivas esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptable (Lezak, 1982). Las funciones ejecutivas pueden agruparse en torno a una serie de componentes como son la formulación de metas, la planificación de las acciones necesarias para alcanzar los objetivos, el desarrollo o las capacidades para iniciar, detener, mantener y cambiar entre las acciones planificadas, y por último la ejecución o capacidad de supervisar las acciones puestas en marcha en pro de la consecución del logro (Lezak, 1982). Así las funciones ejecutivas serían necesarias en multitud de situaciones cotidianas e implicarían la combinación coordinada de múltiples capacidades cognitivas. Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían alteraciones importantes en los diferentes componentes de las funciones ejecutivas. Por un lado las personas con TMG mostrarían importantes dificultades en tareas que evalúan la flexibilidad cognitiva, siendo esta un elemento implicado en el inicio, mantenimiento y cambio entre las acciones planificadas (Lezak, 1982). A este respecto en los trabajos revisados las personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar mostraron un desempeño sustancialmente peor que los controles no diagnosticados en tareas que implican flexibilidad cognitiva como en la parte B del *Trail Making Test* con tamaño del efecto alto (Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013). Las personas con trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo también presentaron un peor desempeño en estas pruebas aunque más leve, mostrando un tamaño del efecto moderado (Bora, 2013; Shin et al., 2014). Los tres diagnósticos considerados, excepto el trastorno depresivo mayo, presentaron un mayor número de errores perseverativos en el *Wisconsin Card Sorting Test* en comparación con la población no diagnosticada mostrando tamaños del efecto moderados-altos (Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Pese a que las personas con trastorno depresivo mayor no presentaron diferencias significativas en el porcentaje de errores perseverativos (Bora, 2013) si mostraron un desempeño deficitario en una tarea análoga al *Wisconsin Card Sorting Test*, denominada *tarea de cambio Intra-Extra dimensional*, mostrando un tamaño del efecto moderado (Rock et al., 2013). Por otro lado la capacidad de



planificación se encontraría igualmente alterada en las personas con esquizofrenia y en personas con trastorno obsesivo compulsivo mostrado un tamaño del efecto alto. Así las personas con esquizofrenia tuvieron un peor desempeño en tareas como el *Mapa del Zoo* (Schaefer et al., 2013). Este test se considera un test prototípico de planificación, aunque también se ha asociado a la capacidad para establecer de metas. En el meta-análisis de personas con trastorno obsesivo compulsivo los mayores tamaños del efecto, es decir las pruebas donde más se diferenciaban de los controles no diagnosticados, se observaron en pruebas que evalúan la capacidad de planificación como la *Torre de Londres* y la *Torre de Hanoi* así como en las estrategias de organización utilizadas en la reproducción del *Test de la Figura Compleja de Rey* (Shin et al., 2014). Por otro lado las personas con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor también presentarían dificultades en la capacidad de planificación aunque en menor grado que las personas con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo. Concretamente las personas con trastorno bipolar mostraron tamaños del efecto moderados en el desempeño de pruebas que implican la solución de problemas preceptuales como la copia de figuras o el diseño de bloques (Mann-Wrobel et al., 2011). Las personas con trastorno depresivo mayor desempeñaron peor pruebas que implican planificación como *Stockings of Cambridge*, una prueba derivada de la *Torre de Londres* (Rock et al., 2013). La toma de decisiones no estaría alterada en las personas con trastorno bipolar medida con la prueba de *Iowa Gambling Task* en la que tuvieron un desempeño similar a los controles no diagnosticados (Samame et al., 2012).

#### **4.2.5. Velocidad de procesamiento**

La velocidad de procesamiento de la información refleja la cantidad de información que puede ser procesada por unidad de tiempo o, incluso, la velocidad a la que pueden realizarse una serie de operaciones cognitivas (Rios-Lago, Periañez, Lubrini y Viejo-Sobera, 2012). Pese a que no puede ser considerada un proceso cognitivo en sí misma, un adecuado funcionamiento cognitivo depende a menudo en cómo de rápido dichos mecanismos son implementados (Rios-Lago y Periañez, 2010). Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo

compulsivo presentarían alteraciones en la velocidad de procesamiento. Concretamente las personas con esquizofrenia mostraron un peor desempeño en tareas como *Clave de números*, en la parte A del *Trail Making Test* y en la condición de denominación de colores del *Test de Stroop*, mostrando un tamaño del efecto grande (Schaefer et al., 2013). Igualmente las personas con trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo fueron significativamente más lentas en el desempeño de estas pruebas en comparación con la población no diagnosticada aunque su rendimiento no se mostró tan alterado como en las personas con esquizofrenia, mostrando un tamaño del efecto moderado (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Shin et al., 2014).

#### **4.2.6. Cognición social**

La cognición social se define como aquellos procesos mentales que subyacen a la interacción social, incluyendo la percepción, interpretación y la generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de los otros (Green et al., 2008). Las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían déficit específicos en cognición social. Sin embargo los déficit en la cognición social serían mayores y más generalizados en las personas con esquizofrenia. Actualmente no existe un único modelo teórico holístico y detallado sobre la cognición social (Sánchez-Cubillo, Tirapu-Ustárroz y Adrover-Roig, 2012). Así, por ejemplo, el modelo jerárquico de Ochsner (2008) sobre el procesamiento socioemocional incluye cinco constructos dentro del concepto cognición social: la adquisición de las propiedades socioafectivas de los estímulos, la percepción y respuesta ante estímulos socioafectivos, las inferencias de bajo y alto nivel, y la regulación de la conducta sensible al contexto. Entre las ventajas de este modelo destaca el considerar la mayor parte de los procesos cognitivos y afectivos que han sido relacionados con el constructo cognición social (Sánchez-Cubillo et al., 2012). A continuación se expondrán los resultados de diferentes trabajos sobre cognición social en esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo.

En primer lugar los trabajos han evaluado la percepción y procesamiento de las emociones, aspecto necesario en la adquisición de las propiedades socioafectivas de los estímulos según el modelo de Ochsner (2008). A este respecto diferentes trabajos han revelado que las personas con esquizofrenia tendrían dificultades importantes en la percepción de emociones faciales así como en la identificación y discriminación de las diferentes emociones en comparación con controles no diagnosticados mostrando un tamaño del efecto alto (Chan et al., 2010; Savla et al., 2013). Las dificultades en el procesamiento de emociones también se observaría en la percepción de la prosodia emocional, es decir el tono emocional de la voz, aspecto fundamental en la identificación de las emociones y las intenciones de los demás, que contribuye a nuestra comprensión de lo que se conoce como el significado pragmático del discurso. La percepción de la prosodia emocional estaría alterada en las personas con esquizofrenia, con un tamaño del efecto alto, encontrándose esta alteración en estados tempranos del trastorno (Hoekert et al., 2007). Las personas con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor también presentarían alteraciones en el reconocimiento de emociones en comparación con los controles no diagnosticados, aunque estas alteraciones serían sustancialmente más leves que en las personas con esquizofrenia, mostrando un tamaño del efecto bajo (Demenescu, Korteckaas, den Boer y Aleman, 2010; Samame et al., 2012). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostrarían alteraciones leves o un tamaño del efecto bajo en comparación con los controles tanto en la percepción, identificación y discriminación de expresión emocionales faciales como la prosodia emocional (Plana et al., 2014).

En segundo lugar los trabajos también han evaluado la teoría de la mente entendida como la capacidad para inferir intenciones, disposiciones y creencias de los demás (Green et al., 2008) y considerada una inferencia de alto nivel en el modelo de Ochsner (2008). Las personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar mostrarían alteraciones importantes en la teoría de la mente en comparación con controles no diagnosticados, con un tamaño del efecto moderado-alto (Samame et al., 2012; Savla et al., 2013). Las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostrarían un tamaño del efecto bajo en el desempeño de tareas de *mentalización* en las que los participantes tienen que

atribuir estados mentales, es decir, emociones, intenciones, creencias o deseos a una persona en un contexto concreto (Plana et al., 2014).

En tercer lugar los trabajos han evaluado la presencia de sesgos atribucionales o inferencias que realizan las personas sobre las causas de los eventos (Green et al., 2008). Trabajos previos habrían puesto de manifiesto la tendencia de las personas con ideas delirantes de tipo persecutorio a presentar sesgos atribucionales (Green et al., 2008). Sin embargo en el meta-análisis realizado por Savla et al., (2013) no se encontraron diferencias significativas en los sesgos atribucionales entre las personas con esquizofrenia y los controles no diagnosticados en los cinco estudios revisados, ni siquiera cuando realizaron análisis separados con los estudios que incluían personas con delirios persecutorios. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo mostrarían un estilo atribucional más negativo o *depresivo* que los controles no diagnosticados con un tamaño del efecto moderado (Plana et al., 2014).

En cuarto lugar los trabajos han evaluado la percepción social definida como la capacidad para identificar los roles, normas sociales y el contexto social así como el conocimiento social que se refiere a la conciencia de los roles, normas y objetivos que caracterizan las situaciones sociales y orientan las interacciones (Green et al., 2008). Tanto la percepción como el conocimiento social serían elementos necesarios en la capacidad de regular la conducta ante los aspectos descriptivos del contexto o los resultados de las acciones o estímulos que percibimos (Ochsner, 2008). Las personas con esquizofrenia mostrarían alteraciones importantes en la percepción social en comparación con controles no diagnosticados, con un tamaño del efecto alto. Las personas con esquizofrenia igualmente presentarían alteraciones, aunque en menor medida, en el conocimiento social mostrando un tamaño del efecto moderado (Savla et al., 2013).

#### **4.2.7. Conclusión**

A la luz de los resultados de los meta-análisis y revisiones mencionados podría afirmarse que las personas con esquizofrenia presentarían alteraciones graves en la

mayoría de los procesos cognitivos estudiados. Concretamente mostrarían alteraciones graves en atención sostenida, el control de la interferencia y la flexibilidad cognitiva, la manipulación de información verbal y visual en la memoria de trabajo, memoria episódica con material verbal, memoria semántica y espacial, capacidad de planificación y en componentes de la cognición social como el procesamiento de emociones, teoría de la mente y percepción social. Además tendrían una reducida velocidad de procesamiento. Presentarían déficit moderados en el mantenimiento de la información visual y verbal en la memoria de trabajo, en tareas de reconocimiento de material verbal y en el conocimiento social. En relación al lenguaje, aunque muestran déficit selectivos en el nivel microlingüístico, los déficit serían más severos y generalizados en el nivel macrolingüístico, como la pragmática y el discurso.

Las personas con trastorno bipolar presentarían alteraciones graves en la inhibición o el control de la interferencia, la flexibilidad cognitiva, manipulación de la información en la memoria de trabajo, en la memoria episódica con material verbal y la teoría de la mente. Los déficit serían moderados en atención sostenida, en el mantenimiento de la información verbal en la memoria de trabajo, en fluidez verbal, memoria espacial y capacidad de planificación. Igualmente tendrían déficit moderados en velocidad de procesamiento. Las personas con trastorno bipolar tendrían alteraciones leves en el procesamiento de las emociones y no presentarían alteraciones significativas en la toma de decisiones.

En el trastorno depresivo mayor las mayores alteraciones se presentarían en el control de la interferencia al igual que las personas con trastorno bipolar. En el trastorno depresivo mayor aparecerían dificultades moderadas en velocidad de procesamiento, atención sostenida, el mantenimiento de la información verbal en la memoria de trabajo, recuerdo demorado de listas de palabras, de fluidez verbal y capacidad de planificación. En cognición social presentarían déficit leves con un peor desempeño en el reconocimiento de emociones en comparación con los controles sanos. Las personas con trastorno depresivo mayor no presentarían déficit significativos en el reconocimiento de listas de palabras.

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo presentarían alteraciones graves en flexibilidad cognitiva, memoria espacial y en capacidad de planificación. Las personas con este diagnóstico presentarían alteraciones moderadas en velocidad de procesamiento, atención sostenida, inhibición o control de la interferencia, mantenimiento y manipulación de la información visuoespacial, recuerdo verbal, fluidez verbal y estilo atribucional. Mientras las alteraciones serían leves en el procesamiento de emociones y la teoría de la mente, no presentarían déficit significativos en el mantenimiento de la información verbal en la memoria de trabajo ni en el reconocimiento de material verbal.

Por todo lo anterior, y a la luz de los resultados aportados en los meta-análisis (véase Tabla 4.1.), podría afirmarse que los cuatro diagnósticos compartirían la presencia de alteraciones en los procesos cognitivos revisados y en la velocidad de procesamiento. Así, de acuerdo con Sánchez et al., (2011), las alteraciones cognitivas características de la esquizofrenia aparecerían también en otros TMG aunque la gran mayoría en menor grado, es decir, las diferencias entre las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia en comparación con otros TMG sería fundamentalmente de tipo cuantitativo o de grado. Estas alteraciones afectarían fundamentalmente a la atención, la memoria operativa y la memoria a largo plazo, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento. Sin embargo cabe destacar que no todas las operaciones necesarias en los procesos cognitivos analizados resultarían alteradas en los cuatro diagnósticos considerados. Concretamente este sería el caso del mantenimiento de la información verbal, implicado en la memoria operativa, que no estaría alterado en las personas con trastorno obsesivo compulsivo. Igualmente ocurriría con el reconocimiento de palabras, implicado en la memoria episódica, en el que las personas con trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo no mostrarían déficit en comparación con los controles no diagnosticados. Por último destacar que la ausencia de meta-análisis disponibles sobre el procesamiento lingüístico y la cognición social en todos los diagnósticos limitarían la extracción de conclusiones en ambos procesos.

#### **4.3. Alteraciones cognitivas como predictores en programas de intervención en TMG**

Como se ha indicado, las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo compulsivo presentarían alteraciones cognitivas moderadas o graves en diferentes procesos cognitivos. Desde una perspectiva neuropsicológica se ha estudiado si la presencia de estas alteraciones podría ser un obstáculo en el éxito de intervenciones clave en TMG como el entrenamiento en habilidades sociales o la TCC. La eficacia de este tipo de intervenciones podría depender de procesos cognitivos como la atención, la memoria o las funciones ejecutivas (López-Luengo et al., 2010). Por un lado el estudio de la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo tendría una especial relevancia ya que podría identificar los potenciales beneficiarios de este tipo de programas, y por otro lado aportaría información relevante sobre la falta de eficacia de ciertas intervenciones. Así los resultados de intervenciones señaladas recientemente como prioritarias para las personas con TMG como los programas de reducción del estigma internalizado descritas en el Capítulo 2 podrían verse limitados por las alteraciones cognitivas de sus participantes. Sin embargo en la revisión bibliográfica sobre esta cuestión se identifican dos dificultades. Por un lado hasta la fecha ningún trabajo habría estudiado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en la eficacia de los programas dirigidos al estigma internalizado. Se ha estudiado el impacto del estado cognitivo en programas que compartirían de forma parcial ciertas estrategias de intervención con los programas de reducción de estigma internalizado como son los programas de psicoeducación, habilidades sociales, programas integrales de rehabilitación y fundamentalmente TCC. Sin embargo este tipo de programas evalúa la adquisición de mejoras en variables diferentes a las consideradas en los programas de reducción del estigma internalizado. Por otro lado los trabajos disponibles sobre predictores cognitivos incluyen muestras de personas con esquizofrenia y no con otros diagnósticos que caracterizan al TMG. Sin embargo las intervenciones psicosociales ofrecidas desde los recursos sociosanitarios se dirigen fundamentalmente a personas con TMG, siendo un colectivo formado por individuos con diferentes diagnósticos y no exclusivamente por personas con esquizofrenia (AEN, 2012).

Recientemente Kurtz et al., (2011) han revisado los estudios que consideran el desempeño en pruebas neuropsicológicas como un predictor de los resultados obtenidos tras diferentes intervenciones en personas con esquizofrenia. Las intervenciones revisadas incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación laboral, rehabilitación cognitiva, programas integrados de rehabilitación psicosocial y terapia cognitivo conductual. Entre los principales hallazgos, los autores han destacado la asociación entre el funcionamiento cognitivo general y dominios concretos como la atención, memoria y resolución de problemas con los resultados de programas de entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación laboral, rehabilitación cognitiva y programas integrados de rehabilitación psicosocial. El trabajo no evidenció una relación entre el funcionamiento cognitivo y los resultados de programas de TCC (Kurtz, 2011). Pese a la relevancia de esta revisión, sería insuficiente para los objetivos del presente trabajo al menos por tres motivos. Por un lado la revisión incluye trabajos que han empleado una metodología correlacional para la obtención de resultados. Este tipo de metodología presentaría limitaciones para establecer la predicción de los resultados obtenidos tras las intervenciones más allá de establecer las relaciones entre variables. Por otro lado y debido a la fecha de publicación de la revisión, no se han considerado trabajos recientes que podrían aportar información relevante sobre el estudio de predictores cognitivos. Así por ejemplo Kurtz et al., (2011) solo revisó tres programas de TCC, estando disponibles en la actualidad seis trabajos sobre este tipo de intervención que han evidenciado resultados diferentes a los aportados en su revisión. En tercer lugar la revisión ha abarcado un amplio tipo de programas que difieren en su metodología pero sobre todo en los objetivos de intervención. El objetivo de Kurtz et al., (2011) fue considerar todas las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia dirigidas a personas con esquizofrenia. Sin embargo la gran variedad de metodologías y contenidos desarrollados en los programas dificultaría la extracción de conclusiones para los objetivos del presente trabajo. Por estos motivos se realizó una revisión sobre estudios de predictores cognitivos en programas de psicoeducación, habilidades sociales, programas integrados de rehabilitación y TCC que han utilizado una metodología de regresión lineal múltiple. Como se expondrá a continuación tras la revisión de estos



trabajos se observó que mientras las alteraciones en algunos procesos cognitivos guardaron relación con los resultados de ciertas intervenciones, la capacidad predictiva de dichas alteraciones no se evidenció de forma consistente en los diferentes estudios.

En relación a los programas de psicoeducación, Jahn et al., (2011) evaluaron la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en los resultados obtenidos tras un programa de ocho sesiones con personas con esquizofrenia. El funcionamiento cognitivo se midió con una batería de diferentes test neuropsicológicos calculándose con sus puntuaciones un índice global de funcionamiento. Los hallazgos de este trabajo evidenciaron que los cambios obtenidos tras el programa de psicoeducación en la mejora de los conocimientos sobre el trastorno fueron predichos tanto por el conocimiento sobre el trastorno previo al programa como por el índice global de funcionamiento cognitivo. De todos los procesos cognitivos, la memoria verbal medida con *California Verbal Learning Test* fue el que predijo junto a los conocimientos previos el resultado tras el programa (Jahn et al., 2011).

En relación a los programas de habilidades sociales, Smith et al., (1999) evaluaron los predictores de resultados tras un programa de entrenamiento de 16 sesiones. Dicho programa resultó eficaz en las habilidades adquiridas tras el programa en comparación con el grupo control. En el modelo de regresión el nivel de habilidades previas al programa y la memoria verbal medida con *California Verbal Learning Test* predijeron las habilidades adquiridas tras el tratamiento mientras los síntomas no predijeron dichos resultados. Sin embargo como señalan los propios autores del trabajo, la memoria verbal predijo solo el 6% de la varianza de los resultados postratamiento en comparación con el 47% de la varianza explicada por las habilidades previas (Smith et al., 1999). En los programas de entrenamiento en solución de problemas la atención sostenida y la flexibilidad cognitiva predijeron la adquisición de habilidades en el grupo experimental en comparación con el control (Ücok et al., 2006). Ücok et al., (2006) realizaron un programa de entrenamiento en solución de problemas con 63 personas con esquizofrenia que fueron asignados aleatoriamente al grupo control o al experimental. Tras el programa, los participantes del grupo experimental mostraron

mejoras en la habilidad para solucionar problemas sociales en comparación con el grupo control. Las mejoras observadas en el grupo experimental fueron predichas por la flexibilidad cognitiva medida con el número de respuestas correctas en el *Wisconsin Card Sorting Test* y por el desempeño en *Continuous Performance Test* (Ücok et al., 2006).

En los programas integrales e intensivos de rehabilitación consistentes en programas de larga duración donde se realizan entrenamientos en áreas diversas, procesos como la memoria visual y verbal así como un buen funcionamiento cognitivo global mostraron capacidad predictiva sobre los resultados de dichos programas (Brekke et al., 2007; Kurtz et al., 2008; Prouteau et al., 2005). Concretamente Prouteau et al., (2005) evaluaron los efectos de un programa de rehabilitación diseñado específicamente para personas con esquizofrenia que interviene en el funcionamiento cognitivo, las habilidades sociales y el manejo emocional. Tras el programa midieron los efectos en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida. Los resultados de este trabajo revelaron que una mejor memoria visual antes de la intervención medida con *Paired Associates Learning* predijo un mejor funcionamiento comunitario concretamente en la autonomía para la vida diaria y en la competencia social. Otro de los resultados mostró contrariamente a lo esperado que una peor atención medida con *Rapid Visual Information Processing* antes del programa predijo una mejor calidad de vida (Prouteau et al., 2005). Posteriormente Brekke et al., (2007) evaluaron el impacto de un programa intensivo de rehabilitación durante 12 meses en más de 100 personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que incluyó tratamiento en salud mental, apoyo residencial y rehabilitación vocacional y social. Previo al programa emplearon diferentes pruebas cognitivas para evaluar la fluidez verbal, memoria de trabajo, memoria episódica, flexibilidad cognitiva y la percepción de emociones, obteniendo dos puntuaciones globales para el funcionamiento cognitivo y para la cognición social. Sus resultados evidencian que un nivel alto de neurocognición y de cognición social antes del tratamiento predice el cambio en el funcionamiento social tras 12 meses de rehabilitación intensiva (Brekke et al., 2007). Kurz et al., (2008) evaluaron los efectos de un programa de rehabilitación cognitiva y psicosocial durante tres días a la semana compuesto por terapia grupal y entrenamiento en habilidades de

la vida diaria. Los resultados revelaron que la memoria verbal medida con *California Verbal Learning Test* predijo el cambio en las habilidades de la vida diaria observadas tras la intervención (Kurtz et al., 2008).

Por último en relación a la TCC, uno de los primeros trabajos sobre predictores cognitivos fue el de Garety et al., (1997) que estudiaron la capacidad predictiva de la inteligencia premórbida y de tres pruebas cognitivas, *el Test de Estimación cognitiva*, *el Test de razonamiento probabilístico* y *el Test de Fluidez verbal* en la mejora de la sintomatología de la esquizofrenia. El programa fue eficaz en la reducción de la sintomatología en el grupo experimental en comparación con el control. Sin embargo ninguna de las pruebas neuropsicológicas predijo los resultados de la TCC pese a la correlación previa encontrada entre un mayor número de errores del *Test de Estimación Cognitiva* y mejores resultados en la sintomatología tras el programa (Garety et al., 1997). Posteriormente Leclerc et al., (2000) evaluaron la capacidad predictiva de diferentes medidas de memoria a corto y a largo plazo y de atención en la respuesta a un programa de TCC dirigido a mejorar la sintomatología, el funcionamiento social y la autoestima en personas con esquizofrenia. El programa fue eficaz en la mejora de sintomatología positiva, el cuidado personal y en autoestima en el grupo experimental en comparación con el control después de la TCC. Sin embargo estos autores fallaron en encontrar un efecto de interacción entre el desempeño en las pruebas cognitivas y las mejoras obtenidas tras el programa en el grupo experimental (Leclerc et al., 2000). En la investigación de Granholm et al., (2008) se empleó una batería de pruebas para evaluar velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, memoria verbal y atención. Los resultados de este trabajo evidenciaron que las alteraciones cognitivas no moderaban los resultados observados en el grupo experimental en cuanto al funcionamiento social y el conocimiento adquirido de las habilidades. Así los participantes del grupo experimental mostraron un beneficio en comparación al grupo control independientemente de la gravedad del deterioro neuropsicológico (Granholm et al., 2008). Solamente Penadés et al., (2010) evidenciaron capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en las mejoras observadas en el grupo experimental en un programa de TCC. Estos autores estudiaron la capacidad predictiva de diferentes medidas de inteligencia verbal, memoria de

trabajo, velocidad motora, memoria verbal y no verbal y funciones ejecutivas en la respuesta a un programa de TCC dirigido a la mejora de la sintomatología en personas con esquizofrenia. Así los resultados de este trabajo evidenciaron que la memoria, medida por dos subtest de memoria lógica de WMS-III, fue la única variable que predijo la mejora de la sintomatología tras la aplicación del programa. Los participantes con más déficit en memoria verbal, medida por dos tipos de pruebas, el *Test Auditivo Verbal de Rey* y dos test de Memoria Lógica, no mejoraron en síntomas negativos ni en la psicopatología general aunque si en síntomas positivos persistentes y fueron más propensos a abandonar el tratamiento antes de finalizarlo. No obstante, tal como señalan los autores, el programa fue eficaz en la reducción de la intensidad y el malestar asociados a los síntomas positivos de todos los participantes independiente de la gravedad en los déficit cognitivos (Penadés et al., 2010). Estudios recientes han vuelto a fallar en explicar los resultados de las intervenciones en TCC por las alteraciones cognitivas. Premkumar et al., (2011) estudiaron la capacidad predictiva de diferentes pruebas que miden inteligencia general y premórbida, funciones ejecutivas, memoria operativa, aprendizaje y memoria verbal, atención sostenida, fluidez verbal y toma de decisiones. El programa fue eficaz en la mejora de la sintomatología y la autoestima, ya que hubo cambios significativos en la condición experimental en comparación con la condición control antes y después de la TCC. Sin embargo no encontraron ninguna correlación entre la mejora en la sintomatología en el grupo experimental con el desempeño de ninguna de las pruebas neuropsicológicas empleadas (Premkumar et al., 2011). Por último Lincoln et al., (2014), estudiaron la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en la respuesta a un programa de TCC en personas con esquizofrenia. El programa fue eficaz en la mejora de la sintomatología positiva y general en la condición experimental en comparación con la condición control. Para evaluar la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo utilizaron el subtest de memoria lógica de *Wescher Memory Scale-R* para evaluar memoria verbal y la parte B del *Trail Making Test* para evaluar flexibilidad cognitiva. Igualmente utilizaron pruebas de cognición social para evaluar sesgos cognitivos como “saltar a conclusiones”, sesgos atribucionales y teoría de la mente con el *Hinting Task*. Ninguna de las pruebas utilizadas predijo la mejora de la sintomatología tras el tratamiento en el grupo experimental (Lincoln et al., 2014).

En resumen, los resultados de los trabajos sobre predictores cognitivos revelarían que un adecuado funcionamiento cognitivo general así como una mejor cognición social podrían predecir los resultados obtenidos tras un programa intensivo de rehabilitación y de psicoeducación (Brekke et al., 2007; Jahn et al., 2011). Los dominios cognitivos que han evidenciado capacidad predictiva sobre los resultados de diferentes intervenciones psicosociales serían la memoria, evaluada con pruebas que incluyen material verbal y visual, la flexibilidad cognitiva y la atención sostenida (Jahn et al., 2011; Kurtz et al., 2008; Penadés et al., 2010; Prouteau et al., 2005; Smith et al., 1999; Ücok et al., 2006). La memoria verbal se ha evidenciado como predictor de los resultados en cuatro de los trabajos revisados y ha sido medida por dos tipos de instrumentos distintos, los subtest de memoria lógica del *WAISS* y con *California Verbal Learning Test*. Así la memoria verbal sería un predictor de diferentes resultados como los conocimientos adquiridos sobre el trastorno mental, la mejora en habilidades sociales y habilidades para la vida diaria así como la reducción de la sintomatología (Jahn et al., 2011; Kurtz et al., 2008; Penadés et al., 2010; Smith et al., 1999). Sin embargo muchos trabajos no han evidenciado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en las mejoras obtenidas por los diferentes programas (Garety et al., 1997; Granholm et al., 2008; Leclerc et al., 2000; Lincoln et al., 2014; Premkumar et al., 2011). Así mientras en algunos trabajos ciertos procesos cognitivos emergen como predictores de los resultados, en otros trabajos los mismos procesos cognitivos no muestran ninguna relación con la eficacia de los programas. Cabría pensar que una posible explicación sería el empleo de diferentes pruebas para evaluar los procesos cognitivos. Sin embargo algunos trabajos han utilizado los mismos instrumentos y han evidenciado resultados dispares. Por ejemplo utilizando *Wisconsin Card Sorting Test* para evaluar la flexibilidad cognitiva, Ücok et al., (2006) observaron que la puntuación en esta prueba predijo los resultados del programa y en el estudio de Penadés et al., (2010) dicha puntuación no predijo los resultados observados tras el programa. A la luz de estos resultados podría afirmarse que en la actualidad el papel del funcionamiento cognitivo en la adquisición de mejoras tras determinadas intervenciones psicosociales en personas con esquizofrenia requiere ser explorado con mayor profundidad.





**CAPÍTULO 5.**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**





## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En los últimos años la investigación sobre los TMG ha centrado de manera importante su atención en el estudio de un fenómeno que podría ser clave en la recuperación de este colectivo, i.e., el estigma internalizado. Este se ha definido como un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, emociones negativas y comportamientos de autodiscriminación (Livingston y Boyd, 2010). Por un lado diferentes trabajos han mostrado que el estigma internalizado reduciría las posibilidades de recuperación de las personas con TMG, aumentando la severidad de sus síntomas y provocando una reducida adherencia al tratamiento así como un funcionamiento social deficitario (Fung, Tsang y Corrigan, 2008; Fung et al., 2007; Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007; Muñoz et al., 2010). Por otro lado otras investigaciones han señalado que el estigma internalizado podría contribuir a peores percepciones y expectativas sobre el propio proceso de recuperación en las personas con TMG (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2010; Ritsher et al., 2003). A pesar de la importancia del estigma internalizado para la recuperación de las personas con TMG y del abundante número de investigaciones realizadas hasta el momento, al menos tres cuestiones permanecen abiertas en la actualidad.

La **primera cuestión** hace referencia a la identificación de las variables que, junto al estigma internalizado, podrían promover la recuperación subjetiva en personas con TMG. Trabajos recientes han evidenciado la capacidad predictiva de ciertas variables psicológicas y clínicas sobre las expectativas de recuperación en la esquizofrenia y otros TMG, medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al.,

1999). A este respecto, variables como la autoestima, la esperanza, la soledad, el empoderamiento, la percepción de apoyo social, la sintomatología y el funcionamiento social han evidenciado su contribución a la mejora de la recuperación subjetiva en el TMG (Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004; Hendryx et al., 2009; Roe et al., 2012). Sin embargo a la luz de los datos existentes dos aspectos permanecen sin resolver en la actualidad. En primer lugar en la revisión de la literatura se han identificado resultados contradictorios sobre la capacidad predictiva de los indicadores de recuperación clínica, es decir la sintomatología y el funcionamiento social, en la recuperación subjetiva medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al., 1999). Como se indicó en el Capítulo 2, mientras algunos trabajos evidenciaron cierta capacidad predictiva de la sintomatología o determinados aspectos del funcionamiento social en las expectativas de recuperación, otros trabajos no encontraron tal relación (Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004; Garay et al., 2014; Hendryx et al., 2009; Norman et al., 2013; Roe et al., 2012). En otros estudios pese a la evidencia de relación entre ambas variables, la sintomatología perdió su capacidad predictiva cuando se consideraron otras variables psicológicas como la autoestima o la percepción de soledad (Corrigan et al., 1999; Roe et al., 2011). De esta forma cabría preguntarse cuál es la relación precisa entre los indicadores de recuperación clínica y las expectativas sobre el propio proceso de recuperación, y si los primeros podrían no resultar determinantes al considerarse otras variables psicológicas más relevantes. En segundo lugar ningún trabajo previo sobre predictores de las expectativas de recuperación medidas con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* ha considerado de forma conjunta tres variables que, según evidencias indirectas, podrían contribuir de manera estratégica a la predicción de la recuperación subjetiva. Estas variables serían el estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y la autoestima. Mientras trabajos previos han mostrado la relación entre el estigma internalizado y la recuperación subjetiva medidas con el RAS (Muñoz et al., 2010; Ritsher et al., 2003) solo uno ha señalado la capacidad predictiva del estigma internalizado en la recuperación subjetiva (Garay et al., 2014). Sin embargo cabe destacar que el trabajo de Garay et al., (2014) midió el estigma internalizado con la *Escala de Estigma Internalizado* de King et al., (2007), un instrumento que no evalúa su dimensión cognitiva y conductual, consideradas fundamentales en la descripción del estigma

internalizado (Corrigan y Watson, 2002b). En relación a las estrategias de afrontamiento ninguno de los trabajos revisados ha considerado esta variable como un potencial predictor de las expectativas de recuperación medidas con el RAS, pese a las evidencias indirectas sobre su relación con aspectos estrechamente vinculados con la recuperación subjetiva, como son la esperanza y el empoderamiento (Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009; Vauth, Kleim, Wirtz y Corrigan, 2007; Yanos et al., 2008). Por último la autoestima podría ser una variable no considerada suficientemente en los trabajos previos. Mientras la autoestima ha demostrado su contribución a la predicción de la recuperación subjetiva en el estudio de validación de la *Escala de Evaluación de la Recuperación o RAS* (Corrigan et al., 1999), posteriormente ningún otro trabajo confirmó su capacidad predictiva. Sin embargo dos revisiones de estudios cualitativos han identificado la relevancia de la identidad positiva y la valoración positiva de las propias capacidades como indicadores de recuperación subjetiva (Andresen et al., 2003; Leamy et al., 2011; Lysaker y Buck, 2008). En resumen a día de hoy no está suficientemente claro el papel de los indicadores objetivos de recuperación en el estudio sobre las variables que podrían promover la recuperación subjetiva. Junto a ello, los trabajos no habrían considerado de forma conjunta la contribución de potenciales variables estratégicas como el estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y la autoestima en la predicción de la recuperación subjetiva.

La **segunda cuestión** hace referencia a la eficacia de programas de reducción del estigma internalizado en personas con TMG. La alta prevalencia del estigma internalizado en el TMG y la evidencia de su relación con indicadores de recuperación, ha potenciado el diseño de programas específicos dirigidos a la reducción del estigma internalizado (Boyd et al., 2014; Livingston y Boyd, 2010; Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2014). Pese a que algunos trabajos han mostrado una reducción del estigma internalizado tras las intervenciones, la falta de criterios de rigor metodológico en muchos de ellos, como por ejemplo la ausencia de grupo control aleatorizado, ha limitado el alcance de sus resultados viéndose comprometida la utilidad de los mismos (Lucksted et al., 2011; Lysaker et al., 2012; Roe et al., 2014; Sibitz et al., 2013). A día de hoy ninguno de los estudios controlados aleatorizados publicados ha evidenciado una reducción del estigma internalizado tras la intervención desarrollada. La falta de

eficacia de los programas podría deberse a diversos factores entre los que cabría destacar, entre otros, la falta de fundamentación de muchos programas en modelos teóricos sólidos, o bien a ciertas características de las muestras empleadas en los estudios. En primer lugar los programas no han incluido intervenciones destinadas a mejorar ciertas variables identificadas como estratégicas desde los modelos teóricos y empíricos sobre el proceso de internalización del estigma i.e., la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma (Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch et al., 2009; Rüsch, Corrigan et al., 2009b; Watson et al., 2007). La legitimidad percibida de discriminación y la identificación con un grupo valioso de personas con TMG podrían explicar por qué unas personas internalizan el estigma y presentan baja autoestima y autoeficacia mientras otras personas presentan estrategias propias del empoderamiento junto a una elevada autoestima. Así una intervención dirigida por un lado a cuestionar la percepción de la discriminación como legítima y justa junto a fomentar la identificación con un grupo de personas con TMG al que se le otorga valor podría reducir el estigma internalizado. Por otro lado el entrenamiento en determinadas estrategias de afrontamiento al estigma como la educación a otras personas, la confrontación o las habilidades asertivas para la defensa de los propios derechos podría reducir los componentes emocionales y conductuales del estigma internalizado así como mejorar la autoestima y autoeficacia. Pese a que algunos estudios revisados incluyen en sus programas el entrenamiento de ciertas estrategias de afrontamiento al estigma como la revelación o las habilidades asertivas (Fung et al., 2011; Rüsch et al., 2014) ninguno de los programas hasta la fecha ha intervenido de forma conjunta sobre las estrategias de afrontamiento al estigma, la legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo. En segundo lugar la falta de eficacia de los programas de reducción del estigma internalizado podría explicarse por ciertas características de los participantes en dichos programas. Por un lado los programas se han dirigido a participantes con diferentes niveles de estigma internalizado. Solo tres de los estudios revisados consideraron como criterio de inclusión que los participantes presentaran un alto nivel de estigma internalizado (Fung et al., 2011; Rüsch et al., 2014; Yanos, Roe et al., 2012). Como se ha indicado con anterioridad, no todas las personas internalizan el estigma, hay personas que no son conscientes del estigma social o que siendo

conscientes reaccionan desde el empoderamiento (Corrigan y Watson, 2002a). La falta de eficacia de los programas podría explicarse por la inclusión de participantes con diferentes niveles de estigma internalizado. Por otro lado no se ha considerado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en los resultados adquiridos tras los programas de reducción de estigma, aspecto que se tratará en la siguiente sección. A la luz de lo descrito anteriormente y a la ausencia de intervenciones eficaces hasta la fecha, sería necesario evaluar el impacto de un programa centrado en la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento dirigido a participantes con alto nivel de estigma internalizado mediante un estudio controlado aleatorizado.

La **tercera cuestión** hace referencia a las posibles limitaciones de las alteraciones cognitivas de las personas con TMG en la adquisición de resultados de programas de reducción del estigma internalizado. Las personas con TMG presentan importantes alteraciones, aunque en un grado distinto, en muchos procesos cognitivos (Bora, 2013; Mann-Wrobel et al., 2011; Schaefer et al., 2013; Shin et al., 2014). Las alteraciones en los procesos cognitivos podrían ser un obstáculo en el éxito de intervenciones psicosociales. Este tipo de intervenciones podrían depender en gran medida de la atención, la memoria o las funciones ejecutivas, por lo que los déficit en dichos procesos podrían reducir los beneficios terapéuticos de los programas psicosociales (López-Luengo et al., 2010). Sin embargo ninguno de los trabajos publicados hasta el momento actual sobre reducción del estigma internalizado ha estudiado específicamente la capacidad predictiva del estado cognitivo de los participantes en los resultados obtenidos tras el programa. Se ha revisado en la literatura la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en los resultados de programas que comparten de forma parcial las estrategias de intervención de los programas de reducción del estigma internalizado. Estos programas serían los de psicoeducación y habilidades sociales, programas integrados de rehabilitación y de TCC. Pese a que todos los estudios sobre predictores de los efectos de programas de rehabilitación han estudiado a personas con esquizofrenia y no a personas con TMG, se han evidenciado ciertos resultados que podrían ser relevantes para los objetivos del presente trabajo. Este tipo de programas muestran que un buen funcionamiento cognitivo y un

adecuado desempeño en determinados dominios cognitivos como la memoria verbal y visual, la flexibilidad cognitiva y la atención sostenida, podrían predecir los resultados de ciertas intervenciones sobre la mejora de la sintomatología o las habilidades sociales (Brekke et al., 2007; Jahn et al., 2011; Penadés et al., 2010; Prouteau et al., 2005; Smith et al., 1999; Ücok et al., 2006). Sin embargo existen otros trabajos que no han mostrado una contribución clara del estatus cognitivo a los resultados de programas de intervención (Garety et al., 1997; Granholm et al., 2008; Leclerc et al., 2000; Lincoln et al., 2014; Premkumar et al., 2011). En resumen mientras en la actualidad no se habría estudiado la contribución de las alteraciones cognitivas en la adquisición de resultados tras programas de estigma internalizado, otros estudios sobre predictores cognitivos mostrarían resultados inconsistentes sobre la contribución de las alteraciones cognitivas en los beneficios de programas de tratamiento y rehabilitación de personas con esquizofrenia. A la luz de lo descrito anteriormente resulta necesario clarificar cuál sería la contribución de las alteraciones cognitivas en los beneficios obtenidos tras un programa de reducción del estigma internalizado en personas con TMG que permita aclarar si las alteraciones en los procesos cognitivos serían un obstáculo en este tipo de intervenciones.

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general del presente trabajo se centró en establecer la eficacia de una intervención psicológica dirigida a la reducción del estigma internalizado en personas con TMG de cara a fomentar su recuperación.

Este objetivo puede desglosarse en los siguientes objetivos específicos.

### **5.1. Objetivos e hipótesis del Estudio I.**

**Objetivo específico 1.** Explorar la capacidad predictiva conjunta de variables previamente consideradas relevantes y otras nuevas respecto a la experiencia subjetiva de recuperación en personas con esquizofrenia, clarificando ciertas inconsistencias de la literatura previa.

**Hipótesis 1.1.** Si las expectativas de recuperación en personas con esquizofrenia están relacionadas con variables estratégicas no consideradas con anterioridad como son la internalización del estigma, las estrategias de afrontamiento y la autoestima, entonces dichas variables mostrarán capacidad predictiva sobre las expectativas de recuperación en los análisis de regresión.

**Hipótesis 1.2.** Si las expectativas de recuperación en personas con esquizofrenia no están relacionadas con la recuperación clínica (Corrigan et al., 1999; Roe et al., 2012; Roe et al., 2011) entonces aspectos como la sintomatología y el funcionamiento social no tendrán capacidad predictiva sobre las expectativas de recuperación.

## **5.2. Objetivos e hipótesis del Estudio II.**

**Objetivo específico 2.1.** Evaluar si una intervención psicológica controlada que utilice una combinación de estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el apoyo entre iguales (PAREI) resulta eficaz en la mejora del estigma internalizado en personas con TMG.

**Hipótesis 2.1.** Si una intervención basada en los elementos estratégicos para la internalización del estigma descritos en los modelos teóricos (legitimidad percibida de discriminación, identificación con el grupo y estrategias de afrontamiento; Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch et al., 2009; Rüsch, Corrigan et al., 2009a, 2009b) es eficaz en la reducción del estigma internalizado, entonces tras la aplicación de la intervención los participantes del grupo experimental mostrarán mejoras en el estigma internalizado de forma global, en sus dimensiones, la legitimidad percibida de discriminación, las estrategias de afrontamiento al estigma y la identificación con el grupo (ver Método, pp.,177-179) en comparación con los participantes del grupo control tras la fase de tratamiento.



**Objetivo específico 2.2.** Secundariamente interesa describir si la intervención PAREI propuesta provoca cambios en otras variables de recuperación clínica y subjetiva en personas con TMG.

**Hipótesis 2.2.** Si el estigma internalizado tiene relación con ciertas variables de recuperación clínica y subjetiva tal como muestran los trabajos revisados en el Capítulo 3 entonces, tras la aplicación de la intervención, los participantes asignados al grupo experimental mejoraran la sintomatología, el funcionamiento social, la conciencia del trastorno mental, las expectativas de recuperación, la autoestima y la autoeficacia en comparación con los participantes asignados al grupo control tras la fase de tratamiento.

### **5.3. Objetivos e hipótesis del Estudio III.**

**Objetivo específico 3.1.** Explorar la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en las variables en las que se haya evidenciado un efecto de mejoría tras el tratamiento (interacción grupo x tratamiento).

**Hipótesis 3.1.** Si la eficacia del programa está relacionada con el estado cognitivo, entonces las variables resultado que hayan mostrado mejorías tras el PAREI (interacción grupo x tratamiento) serán predichas por las puntuaciones neuropsicológicas de los participantes.

**Objetivo específico 3.2.** Explorar la influencia del funcionamiento cognitivo en las mejoras manifestadas en todas las variables de estigma y recuperación tras el PAREI.

**Hipótesis 3.2.** Si la cognición influye en el rendimiento tras el PAREI, entonces el grupo de participantes que hayan mejorado dicho rendimiento tras el tratamiento mostrarán mejores puntuaciones neuropsicológicas en comparación con los participantes cuyo rendimiento en el programa no haya cambiado.





## **CAPÍTULO 6.**

### **ESTUDIO I. PREDICTORES DE RECUPERACIÓN SUBJETIVA EN ESQUIZOFRENIA**



## **6. ESTUDIO I. PREDICTORES DE RECUPERACIÓN SUBJETIVA EN ESQUIZOFRENIA**

### **6.1. Materiales y método**

#### **6.1.1. Características del estudio**

Los datos del presente trabajo fueron obtenidos de un estudio descriptivo llevado a cabo en los cinco Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) existentes en la provincia de Toledo en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid y financiado por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM). Los CRPSL están ubicados en Toledo, Illescas, Talavera de la Reina, Torrijos y Consuegra, siendo recursos especializados en la atención psicosocial de personas con TMG.

#### **6.1.2. Participantes**

La población inicial estuvo formada por las personas atendidas en los CRPSL de la provincia de Toledo. Para la selección de los participantes los psicólogos de cada CRPSL tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (1) diagnóstico principal de esquizofrenia (F20) siguiendo criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994); (2) ser atendido en uno de los cinco CRPSL de la provincia de Toledo; (3) edad comprendida entre los 18 y 50 años; (4) ausencia de deterioro cognitivo grave según el *Mini-examen del Estado Mental Modificado* o 3MS (*Modified Mini-Mental State Examination*; Teng y Chui, 1987); (5) ausencia de diagnóstico de retraso mental; (6) ausencia de comorbilidad con un diagnóstico de trastorno por dependencia a sustancias; (7) ausencia de síntomas psicóticos agudos que impidan la

complimentación de los instrumentos en el momento del estudio según la *Escala del Síndrome Positivo y Negativo* o PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) y (8) en el caso de personas atendidas en su domicilio, que aceptaran acudir al CRPSL.

La Tabla 6.1. resume las principales características clínicas y sociodemográficas de los participantes.

**Tabla 6.1.** Características clínicas y sociodemográficas de los participantes

Características	N(%)
<b>Diagnóstico</b>	
Esquizofrenia paranoide	33 (76,7)
Esquizofrenia hebefrénica	2 (4,6)
Esquizofrenia indiferenciada	3 (7)
Esquizofrenia residual	2 (4,6)
Esquizofrenia simple	3 (7)
<b>Clasificación diagnóstica</b>	
CIE-9	1(2,3)
CIE-10	13 (30,2)
DSM-IV	5 (11,6)
No codificado en derivación a CRPSL	17 (39,5)
Se desconoce	7 (16,3)
<b>Fármacos</b>	
Solo antipsicóticos	5 (11,6)
Antipsicóticos y otros	38 (88,4)
<b>Localidad de residencia</b>	
Rural	20 (46,5)
Semi-rural	11 (25,6)
Urbana	12 (27,9)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	36 (83,7)
Casado	1 (2,3)
Separado/divorciado	6 (13,9)
<b>Nivel de estudios</b>	
Sin educación primaria	5 (11,6)
Educación primaria	17 (39,5)
Educación secundaria	19 (44,2)
Universitario	2 (4,6)
<b>Situación laboral</b>	
Parado	15 (34,9)
Pensionista	14 (32,6)
Trabajando	8 (18,6)
Otros	6 (13,9)

*Nota.* CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Rural: municipio < 10.000 habitantes.; Semi-rural: municipio entre 10.000 y 20.000 habitantes; Urbano: municipio > 20.000 habitantes.

Fruto de la aplicación de estos criterios se seleccionaron 70 personas de las que 43 accedieron a participar (11 mujeres) con una edad media de  $36,7 \pm 8,1$  años. Los participantes fueron diagnosticados de esquizofrenia con una media de edad de  $24,3 \pm 6,6$  años, la duración media del trastorno era de  $13,4 \pm 7,6$  años y habían requerido una media de  $2,7 \pm 3,3$  hospitalizaciones por motivos psiquiátricos antes de iniciar su participación en el estudio. Los participantes no presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales, excepto uno de ellos que presentaba como diagnóstico secundario Trastorno de la Personalidad sin especificar. Se evaluó el funcionamiento cognitivo con el *Mini-Examen del Estado Mental Modificado* o 3MS (Teng y Chui, 1987) mostrando una puntuación media de  $94,2 \pm 5,1$  (rango de 0 a 100 donde a mayor puntuación mejor funcionamiento cognitivo). En el momento del estudio, todos los participantes estaban recibiendo tratamiento farmacológico y rehabilitador.

### 6.1.3. Medidas

Los participantes fueron evaluados por psicólogos con experiencia en la evaluación y el tratamiento de personas con esquizofrenia. Se evaluó sintomatología, funcionamiento social, expectativas de recuperación, estigma internalizado, autoestima y estrategias de afrontamiento, como parte de una evaluación psicológica más amplia. Todos los instrumentos fueron administrados en el mismo orden en dos sesiones de evaluación con una duración aproximada de 60 minutos por sesión. Los instrumentos empleados para medir las variables de interés aparecen descritos a continuación.

**Recuperación subjetiva:** Evaluada con una versión breve de la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (*Recovery Assessment Scale* o RAS; Corrigan et al., 1999). Esta escala consta de 41 ítems valorados en una escala del 1 al 5 (muy en desacuerdo-muy de acuerdo) y agrupados en cinco factores (Confianza personal y esperanza, Disposición a pedir ayuda, Orientación hacia las metas y el éxito, Confianza en los otros y No dominación por los síntomas (Corrigan et al., 2004). Se utilizó una versión breve de 18 ítems adaptada *ad hoc* para el presente estudio y seleccionando un número equilibrado de los ítems más representativos de cada factor a partir de los datos originales de validación (véase Tabla 6.2.; Corrigan et al., 2004). Se empleó el método



de traducción-retrotraducción por dos profesionales sanitarios y una traductora especialista en la adaptación de instrumentos psicológicos. La puntuación en la escala breve comprendió un rango entre 18 y 90 donde a mayor puntuación mejores expectativas de recuperación.

**Tabla 6.2.** Ítems y factores del RAS-18

Factor	Ítems originales del RAS-41
Orientación hacia las metas y el éxito	2. Tengo mi propio plan sobre como estar o llegar a estar bien. 3. Tengo objetivos en la vida que quiero alcanzar. 4. Creo que puedo alcanzar mis actuales objetivos personales. 5. Mi vida tiene un sentido.
Confianza personal y esperanza	14. Puedo manejar lo que sucede en mi vida. 15. Me gusto a mi mismo. 22. Algo bueno sucederá en algún momento. 24. Tengo esperanzas sobre mi futuro.
No dominación por los síntomas	27. Afrontar mi enfermedad mental ha dejado de ser el centro de mi vida. 28. Los síntomas de la enfermedad interfieren cada vez menos en mi vida. 29. Cuando aparecen, mis síntomas son un problema que dura cada vez menos.
Disposición a pedir ayuda	30. Se cuando pedir ayuda. 31. Estoy dispuesto a pedir ayuda. 32. Pido ayuda cuando lo necesito.
Confianza en los otros	6. Incluso cuando no me cuido a mi mismo, otras personas lo hacen por mí. 37. Tengo gente con la que puedo contar. 39. Incluso cuando no creo en mi mismo otra gente cree en mí. 40. Es importante tener variedad de amigos.

**Estigma internalizado:** Evaluado con la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness* o ISMI; Ritsher et al., 2003) adaptada al castellano por Brohan, et al., (2010). Esta escala evalúa las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales del estigma internalizado, la discriminación experimentada debido a la enfermedad mental, así como la capacidad para resistir al estigma. La escala incluye 29 ítems que son valorados del 1 al 4 (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo) y agrupados en cinco factores (Alienación, Aprobación del estereotipo, Discriminación experimentada, Rechazo social y Resistencia al Estigma). La puntuación final en la escala comprendió un rango entre 1 y 4 donde a mayor puntuación mayor estigma internalizado.

**Autoestima:** Evaluada con la *Escala de Autoestima de Rosenberg* o RSE (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1965) validada en población española por Vázquez-Morejón (2004). Esta escala evalúa los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La escala incluye diez ítems que son valorados de 1 a 4 (totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo). La puntuación comprendió un rango entre 10 y 40 donde a mayor puntuación peor autoestima.

**Estrategias de Afrontamiento:** Evaluadas con el *Inventario de Estrategias de Afrontamiento* o CSI (*Coping Strategies Inventory*; Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989) adaptada a población española por Cano García, Rodríguez Franco, & García Martínez (2007). El instrumento incluye 41 ítems que son valorados de 0 a 5 (en absoluto-totalmente) y agrupados en dos subescalas: Manejo Adecuado que incluyen las estrategias activas y adaptativas para compensar la situación estresante (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social) y Manejo Inadecuado que incluye un afrontamiento pasivo y desadaptativo (pensamiento desiderativo, autocrítica, evitación de problemas y retirada social). La puntuación en cada subescala comprendió un rango entre 0 y 100 donde a mayor puntuación mayor uso de cada conjunto de estrategias de afrontamiento.

**Sintomatología:** Evaluada con la *Escala del Síndrome Positivo y Negativo* o PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale*; Kay et al., 1987) validada en población española por Peralta y Cuesta (1994). La escala consta de 30 ítems que son valorados de 1 a 7 (ausente-extremo) y agrupados en tres subescalas (Positiva, Negativa y General). La puntuación de las dos primeras escalas comprendió un rango entre 7 y 49 y la última entre 16 y 112 donde a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de la sintomatología. En el presente estudio se consideró como marco temporal la semana previa a la aplicación del protocolo de evaluación.

**Funcionamiento social:** Evaluado con la *Escala de Funcionamiento Social* o SFS (*Social Functioning Scale*; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) validada en población española por Torres y Olivares (2005). La escala consta de siete subescalas: Aislamiento, Comunicación interpersonal, Independencia-ejecución,

Independencia-competencia, Actividades del tiempo libre, Conducta prosocial y Empleo-ocupación. En la presente investigación se consideraron las puntuaciones de todas las subescalas excepto la última de Empleo-ocupación comprendiendo un rango entre 0 y 219 donde a mayor puntuación mejor funcionamiento social.

#### **6.1.4. Procedimiento**

Todas las personas atendidas en los CRPSL fueron diagnosticadas previamente y derivadas por su facultativo de referencia (psiquiatra y/o psicólogo clínico) desde la Unidad de Salud Mental. Los participantes fueron evaluados en dos sesiones diferentes de 60 minutos de duración cada una en las que los instrumentos fueron aplicados por psicólogos expertos. Antes de la primera sesión todos los participantes fueron informados sobre el propósito de la investigación y dieron su consentimiento a participar por escrito, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2008). En la primera sesión se evaluó la sintomatología y el funcionamiento social, mientras que en la segunda se evaluó recuperación subjetiva, estigma internalizado, autoestima y estrategias de afrontamiento. Ambas sesiones se realizaron en el horario habitual de asistencia de los participantes al centro.

#### **6.1.5. Análisis**

Se realizaron análisis de correlación de Pearson para explorar las relaciones entre las variables y para reducir el conjunto inicial de variables predictoras para la regresión. Con el objetivo de identificar los predictores de la recuperación subjetiva se realizó un análisis de regresión múltiple con la puntuación total del RAS como variable dependiente o criterio, y como predictoras las variables que habían mostrado correlaciones significativas con la puntuación total de RAS-18. El nivel de significación adoptado para todos los análisis fue de  $\alpha < 0,05$ . Todos los análisis fueron realizados mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 17.0.

## 6.2. Resultados

### 6.2.1. Correlaciones entre recuperación subjetiva y el resto de variables.

La Tabla 6.3. resume los estadísticos descriptivos de todas las medidas registradas. La Tabla 6.4. muestra las correlaciones entre las variables. Como muestra la Tabla 6.4. se hallaron correlaciones significativas negativas entre el RAS y el ISMI, y entre el RAS y la subescala del síndrome negativo de la PANSS. Por otro lado se encontraron correlaciones significativas positivas entre el RAS y la subescala Manejo Adecuado del CSI, la RSE y el SFS. No se encontraron otras correlaciones significativas entre el RAS y medidas como la subescala Manejo Inadecuado del CSI, la subescala positiva y general de la PANSS, ni con el resto de variables clínicas o sociodemográficas evaluadas.

**Tabla 6.3.** Estadísticos descriptivos de las variables (n=43)

Variables	Media (D.T.)	Rango
RAS-18	68,35 (7,91)	18-90
ISMI	2,08 (0,37)	1-4
PANSS Positiva	11,12 (4,11)	7-49
PANSS Negativa	13,88 (6,34)	7-49
PANSS General	26,53 (6,71)	16-112
RSE	20,98 (4,21)	10-40
SFS	118,09 (19,34)	0-219
CSI Adecuadas	33,42 (16,2)	0-100
CSI Inadecuadas	26,09 (8)	0-100

*Nota.* RAS-18: Versión breve de 18 ítems de la Escala de Evaluación de la Recuperación; ISMI: Escala de Estigma Internalizado en Enfermedad Mental; PANSS: Escala del Síndrome Positivo y Negativo; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; SFS: Escala de Funcionamiento Social; CSI: Inventario de Estrategias de Afrontamiento; Adecuadas: subescala manejo adecuado del CSI; Inadecuadas: subescala manejo inadecuado del CSI.

**Tabla 6.4.** Correlaciones entre las variables

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. RAS-18	1							
2. ISMI	-0,57**	1						
3. CSI Adecuadas	0,54**	-0,33*	1					
4. CSI Inadecuadas	-0,05	-0,36	0,02	1				
5. RSE	-0,51**	0,47**	-0,06	0,16	1			
6. SFS	0,49**	-0,19	0,36*	-0,04	-0,32*	1		
7. PANSS Positiva	0,02	0,13	0,25	0,14	0,05	0,21	1	
8. PANSS Negativa	-0,33*	0,05	-0,4**	-0,12	0,14	-0,43**	-0,01	1
9. PANSS General	-0,16	0,14	0,05	-0,1	0,17	-0,01	0,41**	0,52**

*Nota.* \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; RAS-18: Versión breve de 18 ítems de la Escala de Evaluación de la Recuperación; ISMI: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; CSI: Inventario de Estrategias de Afrontamiento; Adecuadas: subescala manejo adecuado del CSI; Inadecuadas: subescala manejo inadecuado del CSI; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; SFS: Escala de Funcionamiento Social; PANSS: Escala del Síndrome Positivo y Negativo.

### 6.2.2. Predictores de la recuperación subjetiva

Las variables que habían mostrado una correlación significativa con el RAS en los análisis previos fueron incluidas en el análisis de regresión múltiple. En particular dicho análisis consideró el ISMI, la subescala Manejo Adecuado del CSI, RSE, SFS y la subescala del síndrome negativo de la PANSS como variables predictoras y el RAS como criterio. El modelo fue significativo ( $R^2$  corregida=.0,51;  $p < 0,0001$ ) y mostró que la subescala Manejo Adecuado del CSI, el ISMI y el RSE tuvieron una contribución única significativa del 15.3%, 12.3% y 11% a la puntuación total del RAS, respectivamente (ver Tabla 6.4.). Sin embargo, ni el SFS ni la subescala del síndrome negativo de la PANSS mostraron una contribución significativa en la predicción de la puntuación total del RAS.

**Tabla 6.5.** Resultados del análisis de regresión múltiple sobre la variable dependiente RAS-18

Variables	B	E.T(B)	$\beta$	p	Parcial
CSI Adecuadas	0,16	0,06	0,32	0,014	0,391
RSE	-0,51	0,23	-0,27	0,036	-0,338
ISMI	-6,34	2,72	-0,29	0,025	-0,358
SFS	0,07	0,05	0,21	0,097	0,269
PANSS Negativa	-0,07	0,15	-0,06	0,636	-0,078

*Nota.*  $R^2$  corregida= 0.551;  $F= 12.5$ ,  $p < 0.0001$ . RAS-18: Versión breve 18 ítems Escala de Evaluación de la Recuperación; CSI Adecuadas: Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Subescala manejo adecuado; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; ISMI: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; SFS: Escala de Funcionamiento Social; PANSS Negativa: Escala del Síndrome Positivo y Negativo, subescala negativa.

### 6.3. Discusión.

El objetivo del estudio I fue clarificar la contribución de un conjunto de variables a la promoción de la recuperación subjetiva en esquizofrenia. Dicha información resulta relevante tanto para la elaboración de modelos teóricos sobre el constructo de recuperación subjetiva como para el desarrollo de intervenciones que fomenten mejores expectativas de recuperación en las personas con esquizofrenia. Para ello, y tras revisar la literatura existente, se analizó la contribución de las variables Estrategias de Afrontamiento, Estigma internalizado, Autoestima, Síntomas Negativos y

Funcionamiento psicosocial a la predicción de una versión breve de la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (*Recovery Assessment Scale* o RAS; Corrigan et al., 1999) mediante la metodología del análisis de regresión múltiple.

En primer lugar se planteó que las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y la autoestima podrían desempeñar un papel relevante en la predicción de las expectativas de recuperación en la esquizofrenia (**Hipótesis 1.1.**). Hasta la fecha ningún trabajo había considerado previamente de forma conjunta la contribución de estas variables a la predicción de las expectativas de recuperación, pese a las evidencias indirectas que señalaban el papel que podría desempeñar dichas variables (Corrigan et al., 1999; Garay et al., 2014; Kleim et al., 2008; Muñoz et al., 2010; Vauth et al., 2007; Yanos et al., 2008). Tal como se esperaba, los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento adecuadas, el estigma internalizado y la autoestima predijeron de forma significativa la recuperación subjetiva medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al., 1999). Por un lado los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento adecuadas evaluadas por el *Inventario de Estrategias de Afrontamiento* (CSI; Tobin et al., 1989) fue la variable que más aportó a la predicción de la recuperación subjetiva. Dichas estrategias incluyen diferentes habilidades utilizadas por la persona para manejar de forma activa las situaciones estresantes tales como la solución de problemas, el soporte social, la reestructuración cognitiva y la expresión emocional. Mientras la solución de problemas y la reestructuración cognitiva serían estrategias centradas en el problema dirigidas a modificar la situación que produce estrés y el significado de dicha situación, la expresión emocional y el soporte social formarían parte de las estrategias centradas en la emoción, dirigidas a la búsqueda de apoyo emocional y la manifestación de las emociones producidas por una situación estresante (Cano García et al., 2007). Concretamente, en personas con esquizofrenia, estudios previos mostraron la relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento pasivas y la disminución de la esperanza, estando esta última estrechamente vinculada a la recuperación subjetiva (Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009; Yanos et al., 2008). Sin embargo nuestros resultados sugieren de manera innovadora un papel importante de las estrategias adecuadas de afrontamiento en la predicción de la percepción subjetiva de

recuperación en personas con esquizofrenia. Por otro lado el estigma internalizado evaluado con la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* (ISMI; Ritsher et al., 2003) fue la segunda variable que contribuyó a explicar una mayor proporción de varianza de la recuperación subjetiva. La relación entre el estigma internalizado y las expectativas de recuperación fue descrita previamente (Muñoz et al., 2010; Ritsher et al., 2003). Cabe destacar que en el trabajo de Muñoz et al., (2010), pese a la correlación observada entre las expectativas de recuperación y el estigma internalizado, los autores mostraron en su modelo de ecuaciones estructurales que el estigma social, y no el internalizado, fue el que explicó la recuperación subjetiva. Sin embargo la alta correlación entre ambos tipos de estigma pudo enmascarar en su modelo la relación entre estigma internalizado y recuperación subjetiva, quedando reflejada únicamente la contribución de la variable que más varianza explicó, i.e., estigma social. Recientemente el estigma internalizado ha evidenciado su capacidad para predecir la recuperación subjetiva medida con la *Escala de Evaluación de Recuperación* (Garay et al., 2014). No obstante en dicho trabajo se empleó la *Escala de Estigma Internalizado* de King et al., (2007) para medir el estigma internalizado que evalúa la discriminación percibida, las reacciones emocionales vinculadas a la divulgación del diagnóstico y los aspectos positivos del trastorno mental. Es decir, mientras esta escala evalúa el estigma percibido y la dimensión emocional del estigma internalizado no considera la dimensión cognitiva ni la conductual, siendo estas dos dimensiones elementos fundamentales y definitorios del estigma internalizado (Ritsher et al., 2003). El instrumento empleado en el presente estudio, la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* (ISMI; Ritsher et al., 2003) evalúa las tres dimensiones del estigma internalizado junto al estigma percibido y la resistencia al estigma. De esta forma los resultados observados en el presente estudio sobre el papel del estigma internalizado en la predicción de las expectativas de recuperación complementarían los aportados en el estudio de Garay et al., (2014) al utilizar un instrumento más completo para abordar el estigma internalizado. Por último la autoestima medida con la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSE; Rosenberg, 1965) fue la tercera dimensión en orden de importancia que contribuyó a la predicción de la recuperación subjetiva en consonancia con un estudio predictivo previo. Pese a que este hallazgo ya fue señalado en uno de los primeros trabajos sobre predictores de

expectativas de recuperación (Corrigan et al., 1999) la contribución de esta variable ha sido ignorada en trabajos posteriores (ver Capítulo 2). A este respecto la relación de la recuperación subjetiva con la autoestima podría ser bidireccional ya que en el trabajo de Mukolo et al., (2011) la autoestima fue predicha por mayores expectativas de recuperación evaluada con el RAS (Corrigan et al., 1999), concretamente los elementos vinculados al mantenimiento de la esperanza y la predisposición a pedir ayuda (Mukolo et al., 2011). Los resultados del presente trabajo refuerzan asimismo los datos de estudios cualitativos que han identificado la relevancia de la identidad positiva y de la valoración de las propias capacidades como indicadores fundamentales de recuperación (Andresen et al., 2003; Leamy et al., 2011; Lysaker y Buck, 2008).

En segundo lugar se planteó que los indicadores de recuperación clínica no desempeñarían un papel relevante en la determinación de la recuperación subjetiva en personas con esquizofrenia (**Hipótesis 1.2.**). Los resultados mostraron por un lado que los indicadores objetivos de recuperación estudiados, el funcionamiento social medida con la *Escala de Funcionamiento social* (SFS; Birchwood et al., 1990) y la sintomatología negativa medida con la subescala negativa de la *Escala del Síndrome Positivo y Negativo* (PANSS; Kay et al., 1987) mostraron relación con las expectativas de recuperación pese a que no contribuyeron a su predicción en la regresión. La relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de recuperación ha sido estudiada con anterioridad pero no se ha podido confirmar la relación precisa entre ambos tipos de indicadores. Por un lado, en cuanto al papel del funcionamiento psicosocial en las expectativas de recuperación, los trabajos han aportado diferentes tipos de resultados. Mientras estudios previos han mostrado la relación entre el funcionamiento social y las expectativas de recuperación (Chiba et al., 2010; Muñoz et al., 2010) o entre algunas dimensiones de ambas variables (McNaught, 2007) otros trabajos no han encontrado tal relación (Andresen et al., 2010; Corrigan et al., 1999; Roe et al., 2011). A este respecto el análisis de regresión ha contribuido en el pasado y en el presente trabajo a clarificar esta aparente inconsistencia. Así mientras ciertos aspectos vinculados al funcionamiento social como la participación en actividades ha revelado capacidad predictiva sobre el RAS (Hendryx et al., 2009), el funcionamiento social de forma global no se mostraría como un buen predictor de recuperación subjetiva (Roe et al., 2012).



Por otro lado el papel de la sintomatología en la recuperación subjetiva ha suscitado controversias con anterioridad. Así algunos estudios previos encontraron relación entre la sintomatología con la puntuación total del RAS (Andresen et al., 2010; Corrigan et al., 1999) o relaciones parciales con algunos de sus factores (Kukla et al., 2013; McNaught, 2007; Roe et al., 2011). Incluso ciertos factores del RAS resultaron moderadores en la relación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas depresivos en personas con esquizofrenia (Cavelti et al., 2012). Sin embargo, otros trabajos empleando regresión múltiple, o bien han demostrado una ausencia de capacidad predictiva de la sintomatología en la recuperación subjetiva (Corrigan et al., 1999) o bien dicha sintomatología solo ha predicho alguno de los factores que componen el RAS (Corrigan et al., 2004; Norman et al., 2013). En el trabajo de Corrigan et al., (1999), pese a la relación entre el RAS y la sintomatología, esta última variable perdió su capacidad predictiva cuando se consideraron otras variables psicológicas como la autoestima. Solo dos trabajos han encontrado capacidad predictiva de los síntomas sobre la puntuación total del RAS (Garay et al., 2014; Roe et al., 2011). Sin embargo mientras en el trabajo de Garay et al., (2014) la puntuación total del RAS fue predicha por síntomas psicóticos evaluados por un solo ítem de la Escala HoNOS, en el trabajo de Roe et al., (2011) la puntuación del RAS fue predicha por la interacción entre la edad del diagnóstico y la sintomatología, no por la sintomatología exclusivamente. En conjunto los resultados de las diferentes investigaciones existentes resaltarían la complejidad de la relación entre sintomatología y recuperación subjetiva apuntando, que pese a la posible correspondencia entre ambas, la sintomatología no parecería ser determinante en la predicción de la recuperación subjetiva. Los resultados del presente trabajo destacan al igual que estudios previos, que pese a la evidencia de relación entre la sintomatología y el funcionamiento con las expectativas de recuperación, ambas variables perderían su capacidad predictiva al considerarse otras variables psicológicas que podrían ser más relevantes en la promoción de la recuperación subjetiva (Corrigan et al., 1999; Roe et al., 2011). Concretamente, los datos del presente estudio mostraron que mientras los indicadores de recuperación clínica, i.e., sintomatología y funcionamiento social, estarían asociados a la recuperación subjetiva, cuando se incluyeron otras variables psicológicas como las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y la autoestima en el modelo de

regresión, dichos indicadores de recuperación clínica perdieron su capacidad predictiva sobre la recuperación subjetiva.

En conclusión las estrategias activas de afrontamiento, el estigma internalizado y la autoestima mostraron capacidad predictiva en las expectativas de recuperación en personas con esquizofrenia. Mientras los indicadores objetivos de recuperación, es decir los síntomas y el funcionamiento social, mostraron relación con las expectativas de recuperación no desempeñarían un papel relevante en su predicción.



## **CAPÍTULO 7.**

### **ESTUDIO II. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**



## **7. ESTUDIO II. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

### **7.1. Materiales y método**

#### **7.1.1. Características del estudio**

Los datos del presente trabajo fueron obtenidos de un ensayo controlado aleatorizado ciego simple llevado a cabo en tres CRPSL del área de salud de Toledo en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid y financiado por la FSCLM. Los CRPSL gestionados por la FSCLM estaban ubicados en Toledo, Torrijos y Consuegra, siendo recursos especializados en la atención psicosocial a personas con TMG. Conforme a las normas internacionales de ética propuestas en la Declaración de Helsinki (AMM, 2008) este estudio fue aprobado por la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

#### **7.1.2. Participantes**

Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (1) diagnóstico principal de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29) trastornos afectivos (F31, F33, F34, F38, F39), y trastorno obsesivo-compulsivo (F42) siguiendo criterios diagnósticos CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994); (2) ser atendido en uno de los tres CRPSL del área de salud de Toledo seleccionados; (3) edad comprendida entre los 18 y 65 años; (4) presencia de elevado estigma internalizado (puntuación de corte

mayor o igual a 2,5 en la puntuación total o en alguna de las tres subescalas de la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* que miden la dimensión cognitiva, emocional o conductual; Ritsher et al., 2003); (5) ausencia de deterioro cognitivo grave (puntuación de corte mayor o igual a 24 en el test *Minimal State Examination, MMSE*; Folstein, Folstein y McHugh, 1975); (6) ausencia de diagnóstico de retraso mental; (7) ausencia de síntomas psicóticos agudos que impidieran la cumplimentación de los instrumentos en el momento del estudio (según la *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, BPRS*; Overall y Gorham, 1962); y en el caso de las personas atendidas en su domicilio (8) que aceptaran acudir al CRPSL para participar en la investigación.

Siguiendo los criterios de inclusión mencionados, 69 personas fueron seleccionadas para el estudio por los psicólogos de referencia en cada CRPSL. Una vez que se les invitó a participar en el estudio, 54 personas accedieron firmando el consentimiento informado mientras otras 15 rehusaron. Con el fin de explorar la presencia de diferencias de los pacientes que aceptaron y no aceptaron participar se procedió a comparar las variables clínicas y sociodemográficas de ambos grupos (ver Resultados). Los participantes (36 hombres y 18 mujeres) tenían una edad media de  $42,7 \pm 1,3$  años así como una media de  $10 \pm 0,3$  años de educación. A continuación se muestran las características clínicas y sociodemográficas de los participantes (Tabla 7.1. y Tabla 7.2.)

La asignación aleatoria al grupo experimental y al grupo control se realizó en dos fases. Los 54 participantes que accedieron a participar en el estudio provenían de tres CRPSL (10 de Consuegra, 14 de Torrijos y 30 de Toledo). Dadas las condiciones de dispersión geográfica de la muestra y las dificultades técnicas y económicas que supondría realizar una asignación completamente aleatoria de los participantes a las condiciones experimentales, se optó por realizar en primer lugar una asignación por grupos tratando de minimizar el impacto de la variable ámbito rural/urbano. En una primera fase se realizó una asignación aleatoria de los dos grupos provenientes de los CRPSL situados en el ámbito rural, Consuegra y Torrijos, a la condición experimental y control. En una segunda fase se asignó aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control a los 30 participantes provenientes del tercer CRPSL, el de Toledo situado en ámbito

urbano. De esta forma 29 participantes fueron asignados al grupo experimental (Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado junto al tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial) y 25 fueron asignados a la condición control (tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial). El tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial consistió en atenciones individual y/o grupales en diferentes programas de rehabilitación (actividades de la vida diaria, habilidades sociales, etc.) dependiendo del plan individualizado de rehabilitación de cada participante. En ninguno de los CRPSL se ofrecían programas o intervenciones específicas dirigidas al estigma internalizado en el momento del estudio. Todos los participantes estaban recibiendo tratamiento farmacológico durante el tiempo del estudio.

**Tabla 7.1.** Características clínicas de los participantes (n=54)

Características	Media (E.T.)
Edad primer diagnóstico (años)	22,91 (0,9)
Evolución del trastorno (años)	19,81 (1,2)
Hospitalizaciones psiquiátricas	4,65 (1,1)
BPRS (T1)	30,04 (0,9)
Diagnóstico (CIE-10)	<b>N (%)</b>
Trastorno esquizotípico	1 (1,8)
Trastorno delirante	1 (1,8)
Trastornos esquizoafectivos	4 (7,4)
Psicosis no orgánica sin especificar	1 (1,8)
Trastorno bipolar afectivo	5 (9,3)
Trastorno depresivo recurrente	6 (11,1)
Otros trastornos afectivos	1 (1,8)
Trastorno obsesivo compulsivo	5 (9,3)
Esquizofrenia paranoide	23 (42,6)
Esquizofrenia indiferenciada	1 (1,8)
Esquizofrenia residual	1 (1,8)
Esquizofrenia simple	3 (5,6)
Otras esquizofrenias	1 (1,8)
Esquizofrenia no especificada	1 (1,8)
Dependencia a sustancias	
Sin dependencia	48 (88,9)
Dependencia a cannabis	1 (1,8)
Abuso de cannabis	2 (3,7)
Abuso de alcohol	3 (5,6)
Tratamiento farmacológico	
Antipsicóticos	3 (5,6)
Antipsicóticos y otros	45 (83,3)
Ansiolíticos y antidepresivos	6 (11,1)

*Nota.* BPRS (T1): Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica administrada antes de la fase de tratamiento; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades



**Tabla 7.2.** Características sociodemográficas de los participantes (n=54)

Características	N (%)
Estado civil	
Soltero	41 (75,9)
Casado	7 (13)
Separado o divorciado	6 (11,1)
Situación laboral	
Parado	15 (27,8)
Pensionista	22 (40,7)
Trabajando	3 (5,6)
Otros	14 (25,9)
Convivencia	
Con padres y/o hermanos	29 (53,7)
Con otros familiares	1 (1,8)
Solo	9 (16,7)
Con pareja	7 (13)
En vivienda supervisada	3 (5,6)
En residencia	1 (1,8)
En recurso hospitalario	2 (3,7)
Otros	2 (3,7)
Ingresos económicos	
Si	49 (90,7)
No	5 (9,3)
Procedencia de los ingresos	
Pensión no contributiva	13 (24,1)
Pensión contributiva	21 (38,9)
Prestación desempleo	4 (7,4)
Trabajo	3 (5,6)
Otros	8 (14,8)
Situación legal	
Capacitado	50 (92,6)
Incapacitación total	2 (3,7)
Incapacitación parcial	1 (1,8)
En trámite	1 (1,8)
Localidad de residencia	
Rural	27 (50)
Semi-rural	6 (11,1)
Urbano	21 (38,9)

*Nota.* Rural: municipio < 10.000 habitantes.; Semi-rural: municipio entre 10.000 y 20.000 habitantes; municipio > 20.000 habitantes.

Tras el periodo de intervención de ocho semanas, se consideraron los datos de 19 participantes del grupo experimental produciéndose una mortalidad experimental de 9 participantes. Tres participantes abandonaron el tratamiento experimental por motivos psicopatológicos (dos antes y uno después de la fase de tratamiento). Seis de los participantes asignados al grupo experimental fueron descartados para los análisis ya que no completaron el 75% de las sesiones de intervención (al menos 6 de las 8 sesiones). Por último se excluyeron de los análisis los datos de un participante cuya

puntuación en seis de las once variables dependientes en la evaluación previa (T1) se alejaba más de dos desviaciones típicas de la media de su grupo. Finalmente en la T2 se obtuvieron los datos de 44 participantes, estando 19 asignados al grupo experimental y 25 al control.

### **7.1.3. Protocolo de tratamiento**

El Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado empleado (PAREI) es una intervención grupal desarrollada específicamente para el presente trabajo. El PAREI está basado en los modelos del proceso de internalización de estigma (Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch et al., 2009; Rüsch, Corrigan et al., 2009a, 2009b) que configuran el marco teórico en el que se sustenta la intervención. De esta forma el PAREI interviene específicamente en el estigma internalizado en su dimensión cognitiva, emocional y conductual mediante la reducción de la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento al estigma. Esta intervención se realiza mediante técnicas psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en la experiencias de otras personas con TMG. El PAREI está detallado en un manual e incluye ejercicios y material en power point (Anexo I). Los participantes tuvieron el material por escrito en cada sesión que incluía las diapositivas del power point presentadas y los ejercicios de cada sesión. El PAREI consta de ocho sesiones semanales de dos horas de duración incluyendo las estrategias mencionadas. La Tabla 7.3. resume los contenidos del programa.

Se desarrollaron dos grupos de tratamiento en Toledo y en Torrijos formados cada uno por 14 y 15 participantes. Dos psicólogas con experiencia en el tratamiento de personas con TMG impartieron cada una de las sesiones en los grupos junto a una coterapeuta psicóloga que estuvo en cinco de las ocho sesiones en los dos grupos. Ninguna de las dos psicólogas ni la coterapeuta que impartieron el programa participaron en la evaluación de las variables dependientes. La coterapeuta evaluó la fiabilidad entre las sesiones de ambos grupos con una *Escala de fidelidad* adaptada del trabajo de Yanos et al., (2012). La escala incluía en cada sesión una evaluación de

cuatro componentes: la estructura, contenidos y técnicas utilizadas de la sesión, así como las habilidades del terapeuta. Cada componente se desglosó en diferentes ítems que eran evaluados de 1 a 5 (de pobre a excelente). Según los autores originales de la *Escala de fidelidad* puntuaciones mayores de 3,5 son consideradas como indicativas de una fidelidad aceptable. En el presente trabajo se consideraron las puntuaciones en la Escala de Fidelidad en cinco de las ocho sesiones impartidas en los dos CRPSL con una media de 4,94 lo que indicó un alto grado de fidelidad entre los dos programas impartidos.

**Tabla 7.3.** Contenidos y estrategias terapéuticas del programa de afrontamiento y reducción del estigma (PAREI)

Estrategias	Sesiones
Psicoeducativas	1. Estigma internalizado como barrera de la recuperación
Cognitivo conductuales	2. Ideas falsas sobre los trastornos mentales y su relación con el estigma internalizado
Motivacionales	3. Pensamientos, emociones y conductas relacionados con el estigma internalizado
Basada en la experiencia de iguales	4. Autoestima: identificando fortalezas y aceptando dificultades
	5. Afrontar el estigma II. Situaciones temidas y estrategias de afrontamiento utilizadas
	6. Afrontar el estigma III. Aprender nuevas estrategias de afrontamiento
	7. Afrontar el estigma III. Practicar nuevas estrategias de afrontamiento
	8. Resumen de los contenidos

#### 7.1.4. Medidas

El orden de administración de las pruebas fue similar para todos los participantes y en todos los momentos de la evaluación y tuvo una duración aproximada de 60 minutos. Se evaluaron medidas de estigma así como de recuperación desde una perspectiva subjetiva y clínica (Tabla 7.4.). Junto a estas medidas, a los participantes del grupo experimental se les administró un cuestionario anónimo de satisfacción con el programa recibido tras la fase de intervención. Este cuestionario fue diseñado *ad hoc* para este trabajo y evaluaba la satisfacción general con el programa, la utilidad percibida del mismo, valoración de las profesionales encargadas del programa, la motivación por continuar abordando contenidos similares y la recomendación del programa a otras personas.

**Tabla 7.4.** Medidas e instrumentos

Medida	Instrumentos y subescalas
Estigma internalizado	Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI) Subescalas ISMI-Aprobación, ISMI-Alienación, ISMI-Rechazo, ISMI-Discriminación experimentada e ISMI-Resistencia al estigma
Legitimidad percibida de discriminación	Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación (PL)
Identificación con el grupo	Escala de Identificación con el Grupo (GI)
Estrategias de afrontamiento al estigma	Escala de Afrontamiento al Estigma (CSS) Subescalas CSS-Secreto, CSS-Evitación, CS-Educación, CSS-Confrontación y CSS-Distanciamiento
Expectativas de recuperación	Escala de Evaluación de la Recuperación (RAS)
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)
Autoeficacia	Escala de Autoeficacia General (GSS)
Psicopatología	Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)
Funcionamiento social	Escala de Funcionamiento Social (SFS)
Conciencia de enfermedad	Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)

### Medidas de estigma internalizado

**Estigma internalizado:** Evaluado con la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* (*Internalized Stigma of Mental Illness Scale* o ISMI; Ritsher et al., 2003) adaptada al castellano por Brohan et al (2010). Esta escala evalúa las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales del estigma internalizado así como la discriminación percibida y la capacidad para resistir al estigma. La escala incluye 29 ítems que son calificados desde “(1) totalmente de acuerdo” a “(4) totalmente en desacuerdo”. Los ítems son agrupados en cinco subdimensiones. La subdimensión Alienación mide la presencia de emociones como la vergüenza o decepción con uno mismo asociadas al trastorno mental. La subdimensión Aprobación del estereotipo mide el acuerdo de los participantes con ciertas creencias como la peligrosidad o incompetencia de las personas con trastornos mentales. La subdimensión Rechazo social mide las conductas de evitación social debido al trastorno mental. La subdimensión Discriminación experimentada mide la percepción de discriminación por parte de otras personas. Por último la subdimensión Resistencia al estigma mide la capacidad para resistir o no estar afectado por las actitudes estigmatizantes (Ritsher et al., 2003). Las puntuaciones oscilan entre 1 y 4 donde a mayor puntuación mayor estigma internalizado. Lysaker et al., (2007) han propuesto una interpretación detallada de las puntuaciones de esta escala. Así puntuaciones en el ISMI entre 1 y 2 indicarían mínimo estigma internalizado, entre 2 y 2,5 indicarían estigma internalizado

leve, entre 2,51 y 3 indicaría niveles moderados de estigma internalizado, y entre 3,01 y 4 indicaría un estigma internalizado severo (Lysaker et al., 2007).

### **Medidas de los elementos estratégicos en el estigma internalizado**

**Identificación con el grupo:** Evaluada con la *Escala de Identificación con el Grupo* (*Group Identification* o *GI*) adaptada por Watson et al., (2007) y traducida *ad hoc* para la presente investigación. La traducción fue realizada por el método de traducción-retrotraducción por tres profesionales sanitarios, dos de ellos psicólogos y uno bilingüe (Anexo II). La escala evalúa el grado en el que los participantes se identifican con el colectivo de personas con enfermedad mental. Inicialmente se pregunta al participante como prefiere ser denominado como miembro del grupo de personas con TMG (paciente, usuario, etc.) y posteriormente se evalúa su identificación con esa denominación. La escala incluye cinco ítems que son calificados desde “(1) nada en absoluto” a “(9) mucho”. Las puntuaciones oscilan entre 5 y 45 donde a mayor puntuación mayor identificación con el grupo de personas con TMG.

**Legitimidad percibida de discriminación:** Evaluada con la *Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación* (*Perceived Legitimacy* o *PL*) adaptada por (Watson et al., 2007) y traducida al castellano *ad hoc* para la presente investigación. La traducción fue realizada por el método de traducción-retrotraducción por tres profesionales sanitarios, dos de ellos psicólogos y uno bilingüe (Anexo II). La escala evalúa la legitimidad que los participantes le dan a la discriminación que perciben hacia las personas con trastorno mental e incluye tres ítems que son calificados desde “(1) nada en absoluto” a “(9) mucho. Las puntuaciones oscilan entre 3 y 27 donde a mayor puntuación mayor legitimidad percibida de discriminación.

**Estrategias de afrontamiento ante el estigma:** Evaluadas con la *Escala de Afrontamiento al Estigma* (*Coping Stigma Scale* o *CSS*; Link et al., 2002) traducida al castellano *ad hoc* para la presente investigación. La traducción fue realizada por el método de traducción-retrotraducción por tres profesionales sanitarios, dos de ellos psicólogos y uno bilingüe (Anexo II). La escala evalúa el uso de diferentes estrategias

de afrontamiento al estigma como son el mantenimiento del secreto y la ocultación, la evitación social, la educación a otros, la confrontación asertiva ante el estigma y el distanciamiento del grupo de las personas con enfermedad mental. La escala incluye 27 ítems que son calificados desde “(1) totalmente de acuerdo” a “(4) totalmente en desacuerdo”. Los ítems son agrupados en cinco factores: Secreto, Evitación, Educación, Confrontación y Distanciamiento. Las puntuaciones oscilan entre 27 y 108 donde a mayor puntuación mayor uso de cada estrategia de afrontamiento al estigma.

### **Medidas de recuperación subjetiva**

**Expectativas de recuperación:** Evaluada con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (*Recovery Assessment Scale* o RAS; Corrigan et al., 1999) adaptada al castellano por Muñoz et al., (2010). La escala incluye 41 ítems que son calificados desde “(1) muy en desacuerdo” a “(5) muy de acuerdo”. Los ítems son agrupados en cinco factores: Confianza personal y esperanza, Disposición a pedir ayuda, Orientación hacia las metas y el éxito, Confianza en los otros y No dominación por los síntomas (Corrigan et al., 2004). Las puntuaciones oscilan entre 41 y 205 donde a mayor puntuación mejores expectativas de recuperación.

**Autoestima:** Evaluada con la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (*Rosenberg Self-Esteem Scale* o RSE; Rosenberg, 1965) validada por Vázquez Morejón, García-Bóveda y Vázquez-Morejón Jimenez (2004). La escala evalúa los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La escala incluye diez ítems que son calificados desde “(1) totalmente de acuerdo” a “(4) totalmente en desacuerdo”. La puntuación total oscila entre 10 y 40 donde a mayor puntuación peor autoestima.

**Autoeficacia:** Evaluada con la *Escala de Autoeficacia General* (*General Self-Efficacy Scale* o GSS; Baessler y Schwarzer, 1996) validada por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000). La escala evalúa la percepción sobre la propia capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. La escala incluye diez ítems que son calificados desde “(1) incorrecto” a “(4) cierto”. La puntuación total oscila entre 10 y 40 donde a mayor puntuación mejor percepción de autoeficacia.

## Medidas de recuperación clínica

**Sintomatología:** Evaluada con la *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale* o BPRS, Overall y Gorham, 1962) validada por Peralta y Cuesta (1994). Esta escala tiene 18 ítems que son calificados desde “(1) no informado” hasta “(7) muy grave”. Las puntuaciones oscilan entre 18 y 126 donde a mayor puntuación mayor severidad de los síntomas.

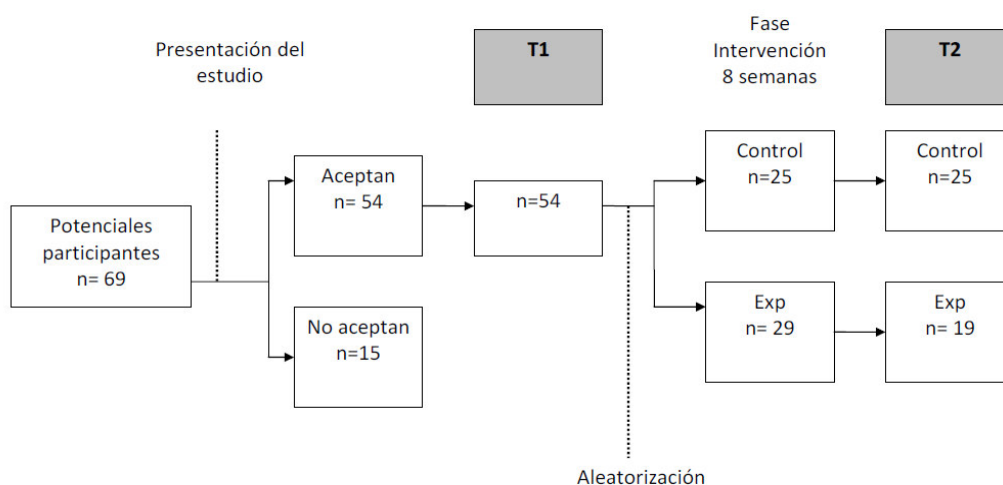
**Funcionamiento social:** Evaluado con la versión breve de la *Escala de Funcionamiento Social (Social Functioning Scale* o SFS; Birchwood et al., 1990) validada por Alonso et al., (2008) Esta escala ha sido diseñada específicamente para evaluar el funcionamiento social de personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La escala tiene 15 ítems e incluye siete subescalas: Aislamiento, comunicación interpersonal, independencia-ejecución, independencia-competencia, actividades del tiempo libre, conducta prosocial y empleo-ocupación. Las puntuaciones oscilan entre 2 y 43 donde a mayor puntuación mejor funcionamiento social.

**Conciencia de enfermedad:** Evaluada con La Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (*Scale of Unawareness of Mental Disorder* o SUMD; Amador, Strauss, Yale y Gorman, 1991) adaptada por Ruiz et al., (2008) y utilizada para evaluar la conciencia de tener un trastorno, los efectos de la medicación y las consecuencias sociales de tener un trastorno mental. Se utilizaron los tres primeros ítems generales de la escala que son calificados desde “(1) conciencia” a “(5) no conciencia”. Las puntuaciones oscilan entre 3 y 15 donde a mayor puntuación peor conciencia de enfermedad.

### 7.1.5. Procedimiento

Todas las personas atendidas en los CRPSL fueron diagnosticadas previamente y derivadas por su facultativo de referencia (psiquiatra o psicólogo clínico) desde la Unidad de Salud Mental. Los participantes fueron informados de los detalles de la

investigación y manifestaron por escrito su consentimiento a participar en el estudio. Las evaluaciones de las variables dependientes fueron realizadas en los siguientes intervalos: (1) antes del inicio de la intervención; (2) después de finalizar el programa de tratamiento de 8 sesiones; (3) cuatro meses después de finalizar el programa de tratamiento, denominados a partir de ahora como T1, T2 y T3. Sin embargo en el presente trabajo solo se reportan las medidas recogidas en T1 y T2. Los datos sociodemográficos y clínicos así como el tratamiento farmacológico fueron cumplimentados en la T1 por cuatro psicólogos de referencia de los participantes previamente a la asignación aleatoria de los participantes. Tres psicólogos recogieron las medidas en la T1 y en la T2. Estos evaluadores eran psicólogos con experiencia en la evaluación y tratamiento de personas con TMG y fueron ciegos o desconocedores de la asignación de los participantes a la condición experimental y control durante las evaluaciones. Para completar la *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica* (BPRS), la *Escala de Funcionamiento Social* (SFS) y la *Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental* (SUMD) los evaluadores obtuvieron información complementaria de la historia clínica y del psicólogo de referencia. Antes de la primera recogida de datos se realizó una sesión de entrenamiento de 2 horas de duración con todos los evaluadores para garantizar la fiabilidad interjueces en las medidas y unificar la aplicación de los protocolos de evaluación. El procedimiento de la recogida de datos se ilustra en la Figura 7.1.



**Figura 7.1.** Procedimiento de la recogida de datos. Exp: Experimental; T1: Evaluación previa; T2: Evaluación posterior.



### **7.1.6. Análisis**

Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para evaluar la normalidad de la distribución de las variables. Con el fin de confirmar la comparación entre los grupos respecto a variables demográficas como la edad, los años de educación, la puntuación en el MMSE y el ISMI se emplearon las pruebas t de Student para muestras independientes. Las variables dicotómicas como el género fueron comparadas con el test de Chi cuadrado para comparar la distribución entre ambos grupos. Para evaluar los cambios a lo largo de los dos momentos temporales en cada uno de los dos grupos de tratamiento se emplearon diferentes ANOVAs mixtos 2 x 2 (grupo x tratamiento) en cada una de las variables resultado. Los grados de libertad de los ANOVAs fueron ajustados usando la corrección de Greenhouse-Geisser (G-G) como precaución contra la inhomogeneidad en la varianza de las medias. Se empleó la corrección de Bonferroni para todas los test de efectos simples que implicaron comparaciones múltiples. El nivel de significación adoptado para todos los análisis fue  $\alpha < 0,05$ . Todos los análisis fueron realizados mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 17.0.

.

## **7.2. Resultados**

### **7.2.1 Diferencias de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes**

El análisis de la normalidad de la distribución de las variables clínicas y sociodemográficas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró distribución normal en ambos grupos en todas las variables consideradas (edad, educación, MMSE ISMI y BPRS;  $p_s > 0,07$ ).

El análisis sobre la presencia de diferencias entre las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes que aceptaron ( $n=54$ ) y no aceptaron participar ( $n=15$ ) indicaron una ausencia de diferencias en las variables edad ( $t(67)=-1,09$ ;

$p=0,28$ ), años de educación ( $t(67)=0,16$ ;  $p=0,87$ ), puntuación en el MMSE ( $t(67)=1,07$ ;  $p=0,29$ ), puntuación total del ISMI ( $t(67)=1,66$ ;  $p=0,10$ ) y género ( $\chi^2=0,90$ ;  $p=0,34$ ).

El análisis de diferencia de medias entre las variables clínicas y sociodemográficas de los participantes asignados al grupo experimental y al grupo control indicaron ausencia de diferencias entre ambos grupos en edad ( $t(52)=0,24$ ;  $p=0,81$ ), años de educación ( $t(52)=-0,54$ ;  $p=0,59$ ), puntuación en el MMSE ( $t(52)=0,97$ ;  $p=0,34$ ), puntuación total del ISMI ( $t(52)=0,42$ ;  $p=0,67$ ) y gravedad de la sintomatología ( $t(52)=0,04$ ;  $p=0,97$ ), género de los participantes ( $\chi^2=0,6$ ;  $p=0,44$ ) y en los diagnósticos, tanto cuando se comparó el grupo utilizando categorías diagnósticas ( $\chi^2=3,16$ ;  $p=0,21$ ) como cuando se utilizaron los diagnósticos específicos ( $\chi^2=12,56$ ;  $p=0,48$ ; ver Tabla 7.5.).

**Tabla 7.5.** Características sociodemográficas, clínicas y cognitivas de los participantes (n=54)

	Experimentales N=29	Controles N=25	t	p
	Media (E.T.)	Media (E.T.)		
Edad (años)	42,41 (1,84)	43,04 (1,79)	-0,242	0,81
Educación (años)	9,83 (0,38)	10,16 (0,49)	-0,545	0,588
MMSE	28,28 (0,23)	27,88 (0,35)	0,969	0,337
ISMI (T0)	2,55 (0,09)	2,51 (0,05)	0,425	0,673
BPRS (T1)	30,07 (1,26)	30,00 (1,38)	0,037	0,97
	n(%)	n(%)	$\chi^2$	p
Hombres	18 (62,06)	18 (72)	0,596	0,44
Tnos. psicóticos	17 (58,6)	20 (80)	3,16	0,21
Tnos. ánimo	9 (31)	3 (12)		
Tnos. ansiedad	3 (10)	2 (8)		

*Nota.* MMSE: Minimental State Examination; ISMI T0: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental administrada en la fase de selección de la muestra. BPRS T1: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica administrada en la evaluación previa a la fase de tratamiento; Tnos.: Trastornos

### 7.2.2. Cambios en el estigma internalizado tras la fase de tratamiento

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación del ISMI-Total mostró un efecto significativo del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=5,84$ ;  $p<0,02$ ) observándose una mejora de la fase post frente a la pre ( $2,38\pm0,05$  y  $2,47\pm0,05$ ; respectivamente,  $p<0,02$ ; ver Tabla 7.6.). Pese a que como muestra la Figura 7.2. la mejora fue más evidente en el grupo experimental que en el control, no se registraron efectos estadísticos significativos ni para el factor Grupo ni para la interacción ( $F(1, 42)=0,73$ ;  $p=0,4$ ;  $F(1, 42)=2,88$ ;  $p=0,1$ , respectivamente) . No obstante la baja potencia observada en estos

dos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,38).

**Tabla 7.6.** Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en las medidas de estigma internalizado (n=44)

Variables	Pre-Tratamiento		Post-tratamiento		Gr <i>p</i>	ANOVA	
	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)		Trat <i>p</i>	Gr x Trat <i>p</i>
ISMI Total	2,47 (0,08)	2,48 (0,07)	2,3 (0,08)	2,45 (0,07)	0,4*	<b>0,02***</b>	0,1*
ISMI-Ali	2,8 (0,12)	2,68 (0,10)	2,46 (0,12)	2,64 (0,11)	0,85*	<b>0,001***</b>	<b>0,009***</b>
ISMI-Apro	2,17 (0,10)	2,28 (0,08)	1,99 (0,10)	2,21 (0,08)	0,17*	<b>0,01***</b>	0,25*
ISMI-Disc	2,54 (0,10)	2,54 (0,08)	2,53 (0,12)	2,49 (0,10)	0,9*	0,66*	0,76*
ISMI-Rech	2,48 (0,12)	2,55 (0,11)	2,39 (0,13)	2,64 (0,11)	0,3*	0,98*	0,17*
ISMI- Resist	2,39 (0,10)	2,38 (0,08)	2,21 (0,07)	2,3 (0,06)	0,65*	<b>0,02***</b>	0,36*

*Nota.* En negrita se muestran las interacciones significativas. ISMI: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad mental; ISMI-Ali: subescala Alienación; ISMI-Apro: subescala Aprobación del estereotipo; ISMI-Disc: subescala Discriminación Experimentada; ISMI-Rech: subescala Rechazo Social; ISMI-Resist: subescala Resistencia al Estigma; Exp: Experimental; Gr: Grupo; Trat: Tratamiento; \*Potencia de 0,0 a 0,4 \*\*Potencia de 0,4 a 0,6 \*\*\*Potencia de 0,6 a 1

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación ISMI-Alienación mostró un efecto del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=12,19$ ;  $p<0,001$ ) observándose una mejora de las puntuaciones en la fase post frente a la pre ( $2,55\pm 0,08$  y  $2,74\pm 0,08$ ; respectivamente,  $p<0,001$ ). Se registró un efecto de interacción Grupo x Tratamiento ( $F(1, 42)=7,53$ ;  $p=0,009$ ; Figura 7.2.) Los análisis *post hoc* mostraron que mientras los participantes del grupo experimental obtuvieron mejor puntuación en ISMI-Alienación en la fase post respecto a la pre ( $p<0,0001$ ), no se registraron cambios entre fases en el grupo control ( $p=0,57$ ). No se registraron efectos significativos en el factor Grupo ( $F(1, 42)=0,03$ ;  $p=0,85$ ).

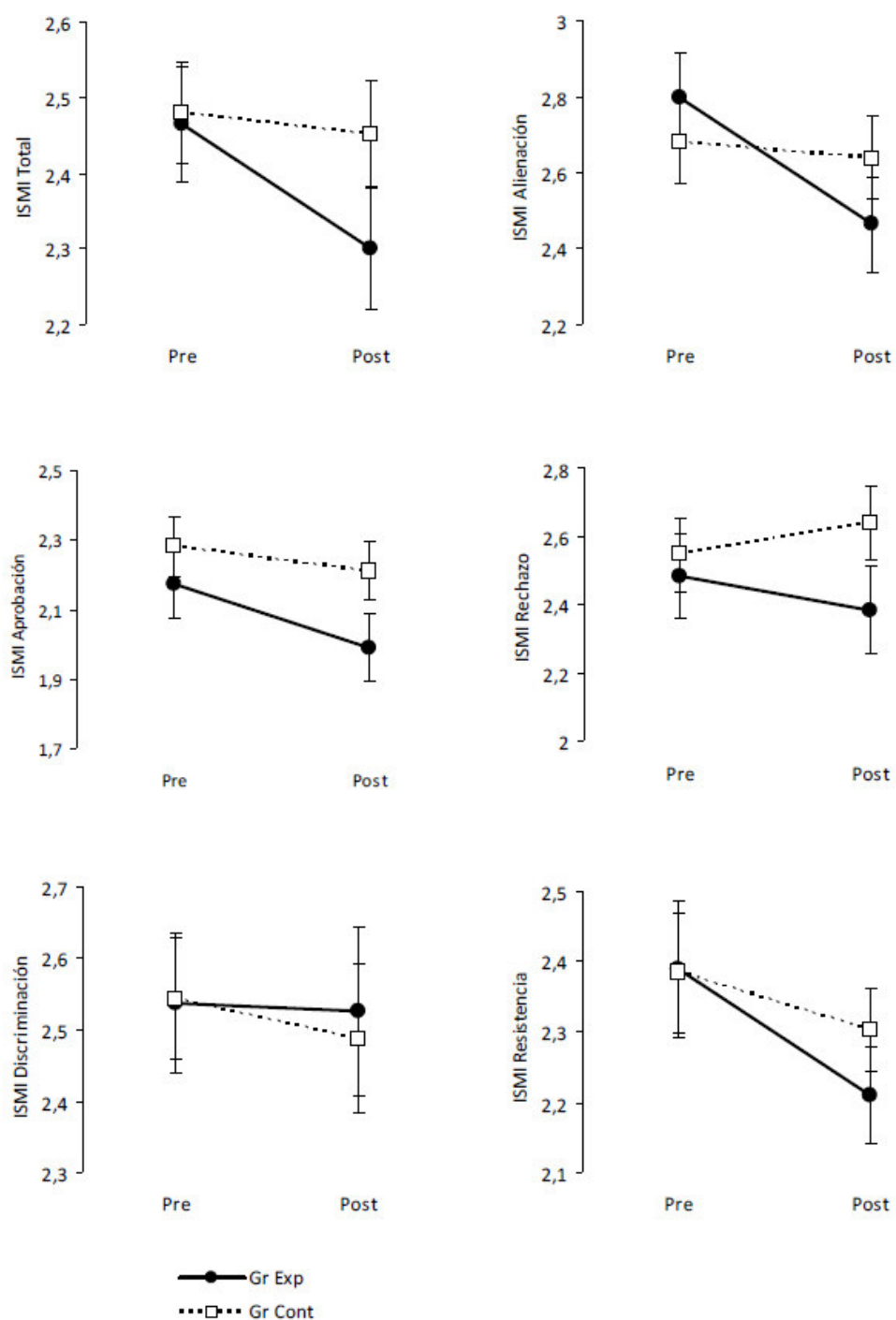
El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación ISMI-Aprobación del estereotipo mostró un efecto del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=6,5$ ;  $p<0,01$ ) observándose una mejora de las puntuaciones en la fase post frente a la pre ( $2,10\pm 0,06$  y  $2,23\pm 0,06$ ; respectivamente,  $p<0,01$ ). Pese a que como muestra la Figura 7.2. se registró una mejora ligeramente superior en el grupo experimental que en el control, no se registraron efectos estadísticos significativos ni para el factor Grupo ni para la interacción ( $F(1, 42)=1,9$ ;  $p=0,17$ ;  $F(1, 42)=1,31$ ;  $p=0,26$ , respectivamente). No obstante la baja potencia observada en estos dos análisis no permitiría descartar la

presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,27 y 0,20; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación ISMI-Discriminación experimentada no mostró efectos para el factor Grupo, Tratamiento ni para la interacción ( $F(1, 42)=0,02$ ;  $p=0,9$ ;  $F(1, 42)=0,19$ ;  $p=0,66$ ,  $F(1, 42)=0,09$ ;  $p=0,76$ , respectivamente; Figura 7.2.). No obstante la baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,05; 0,07 y 0,06; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación ISMI-Rechazo social no mostró efecto de Grupo, Tratamiento ni para su interacción ( $F(1, 42)=1,09$ ;  $p=0,3$ ;  $F(1, 42)=0,00$ ;  $p=0,98$ ,  $F(1, 42)=1,98$ ;  $p=0,17$ , respectivamente). Sin embargo como muestra la Figura 7.2. en la fase post el grupo experimental mostró una leve mejoría en comparación con el grupo control que mostró un leve empeoramiento. La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,17; 0,05 y 0,28; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación ISMI-Resistencia al estigma mostró un efecto significativo del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=5,86$ ;  $p<0,02$ ) observándose una mejoría de las puntuaciones de la fase post frente a la pre ( $2,26\pm0,04$  y  $2,39\pm0,06$ ;  $p<0,02$ , respectivamente). Pese a que como muestra la Figura 7.2. la mejora fue más evidente en el grupo experimental que en el control, no se registraron efectos estadísticos significativos ni para el factor Grupo ni para la interacción ( $F(1, 42)=0,2$ ;  $p=0,65$ ;  $F(1, 42)=0,85$ ;  $p=0,36$ , respectivamente). No obstante la baja potencia observada en estos dos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,07 y 0,15; respectivamente).



**Figura 7.2.** Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en la variable estigma internalizado (ISMI). Los resultados muestran efectos para la interacción grupo x tratamiento en ISMI-Alienación con una mejora en esta subdimensión del ISMI en el grupo que recibió el tratamiento. Los resultados muestran un efecto en el factor Tratamiento en ISMI-Total, ISMI-Aprobación y en ISMI-Resistencia con una mejora en estas variables en ambos grupos tras la fase de tratamiento. No se observan otros cambios significativos en el resto de variables.

### 7.2.3 Cambios en variables estratégicas del proceso de internalización del estigma tras la fase de tratamiento.

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación PL no mostró efectos significativos en el factor Grupo ni en el factor Tratamiento ( $F(1, 42)=0,84$ ;  $p=0,36$ ;  $F(1, 42)=0,01$ ;  $p=0,91$ ). Sin embargo si se registró un efecto para la interacción ( $F(1, 42)=7,60$ ;  $p\leq 0,01$ ; ver Tabla 7.7.). Los análisis *post hoc* mostraron que mientras que en la fase pre el grupo experimental y el control no se diferenciaron en sus puntuaciones ( $p=0,35$ ) en la fase post se registraron diferencias entre ambos grupos ( $p<0,02$ ). Los participantes del grupo control obtuvieron peores puntuaciones en PL en la fase post respecto a la pre y los participantes del grupo experimental obtuvieron mejores puntuaciones en la fase post respecto a la pre aunque los cambios entre fases para cada grupo fueron estadísticamente marginales ( $p<0,05$  y  $p=0,06$  respectivamente; Figura 7.3.).

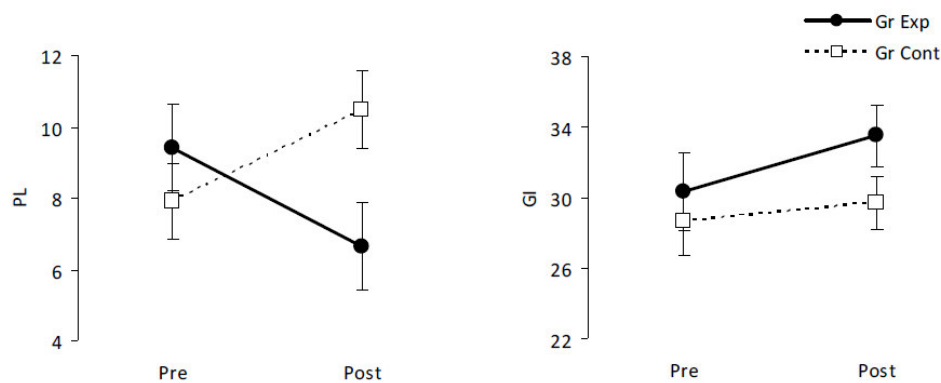
**Tabla 7.7.** Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma

Variables	Pre-Tratamiento		Post-tratamiento		Gr <i>P</i>	ANOVA	
	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)		Trat <i>p</i>	Gr x Trat <i>p</i>
PL	9,42 (1,20)	7,92 (1,04)	6,63 (1,22)	10,48 (1,06)	0,36*	0,91*	<b>0,01***</b>
GI	30,37 (2,19)	28,64 (1,91)	33,53 (1,75)	29,76 (1,53)	0,26*	<b>0,05**</b>	0,34*
CSS-Sec	2,54 (0,10)	2,49 (0,09)	2,42 (0,08)	2,5 (0,07)	0,88*	0,39*	0,32*
CSS-Evi	2,76 (0,08)	2,85 (0,07)	2,8 (0,07)	2,83 (0,06)	0,45*	0,84*	0,53*
CSS-Edu	2,53 (0,10)	2,67 (0,08)	2,58 (0,12)	2,59 (0,10)	0,56*	0,83*	0,31*
CSS-Conf	2,83 (0,09)	2,61 (0,08)	2,79 (0,10)	2,71 (0,09)	0,16*	0,68*	0,34*
CSS-Dist	2,3 (0,11)	2,41 (0,10)	2,47 (0,09)	2,4 (0,07)	0,84*	0,37*	0,29*

*Nota.* En negrita se muestran las interacciones significativas. PL: Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación; GI: Escala de Identificación con el grupo; CSS: Escala de Afrontamiento al estigma; CSS-Sec: subescala Secreto; CSS-Evi: subescala Evitación; CSS-Edu: subescala Educación; CSS-Conf: subescala Confrontación; CSS-Dist: subescala Distanciamiento; Exp: Experimental; Gr: Grupo; Trat: Tratamiento. \*Potencia de 0,0 a 0,4 \*\*Potencia de 0,4 a 0,6 \*\*\*Potencia de 0,6 a 1

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación GI mostró un efecto del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=4,12$ ;  $p<0,05$ ) observándose una mejora de las puntuaciones en la fase post frente a la pre ( $31,64\pm 1,16$  y  $29,5\pm 1,45$ ; respectivamente,  $p<0,05$ ). Pese a que como muestra la Figura 7.3. la mejora en la fase post fue ligeramente mayor en el grupo experimental que en el control, el cambio en los

participantes en el grupo experimental fue marginalmente significativa ( $p=0,05$ ) y no se registraron efectos estadísticos significativos ni para el factor Grupo ni para la interacción ( $F(1, 42)=1,30$ ;  $p=0,26$ ;  $F(1, 42)=0,94$ ;  $p=0,34$ , respectivamente). No obstante la baja potencia observada en estos dos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia  $\leq 0,2$ ).



**Figura 7.3.** Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en legitimidad percibida de discriminación (PL) e identificación con el grupo (GI). Los resultados muestran efectos para la interacción grupo x tratamiento en PL con una mejora en dicha variable en el grupo que recibió el tratamiento y un empeoramiento en el grupo control. Los resultados muestran un efecto en el factor Tratamiento en la puntuación GI con una mejora en dicha variable en ambos grupos tras el tratamiento.

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación CSS-Secreto no mostró un efecto estadísticamente significativo del factor Grupo, Tratamiento ni de la interacción ( $F(1, 42)=0,02$ ;  $p=0,88$ ;  $F(1, 42)=0,75$ ;  $p=0,39$ ,  $F(1, 42)=1,01$ ;  $p=0,32$ , respectivamente). Sin embargo pese a la ausencia de efectos estadísticamente significativos, puede observarse que mientras el grupo control no mejoró entre la fase pre y la post, el grupo experimental registró una leve mejoría entre las fases pre y post (véase Figura 7.4). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,05; 0,13 y 0,16; respectivamente).

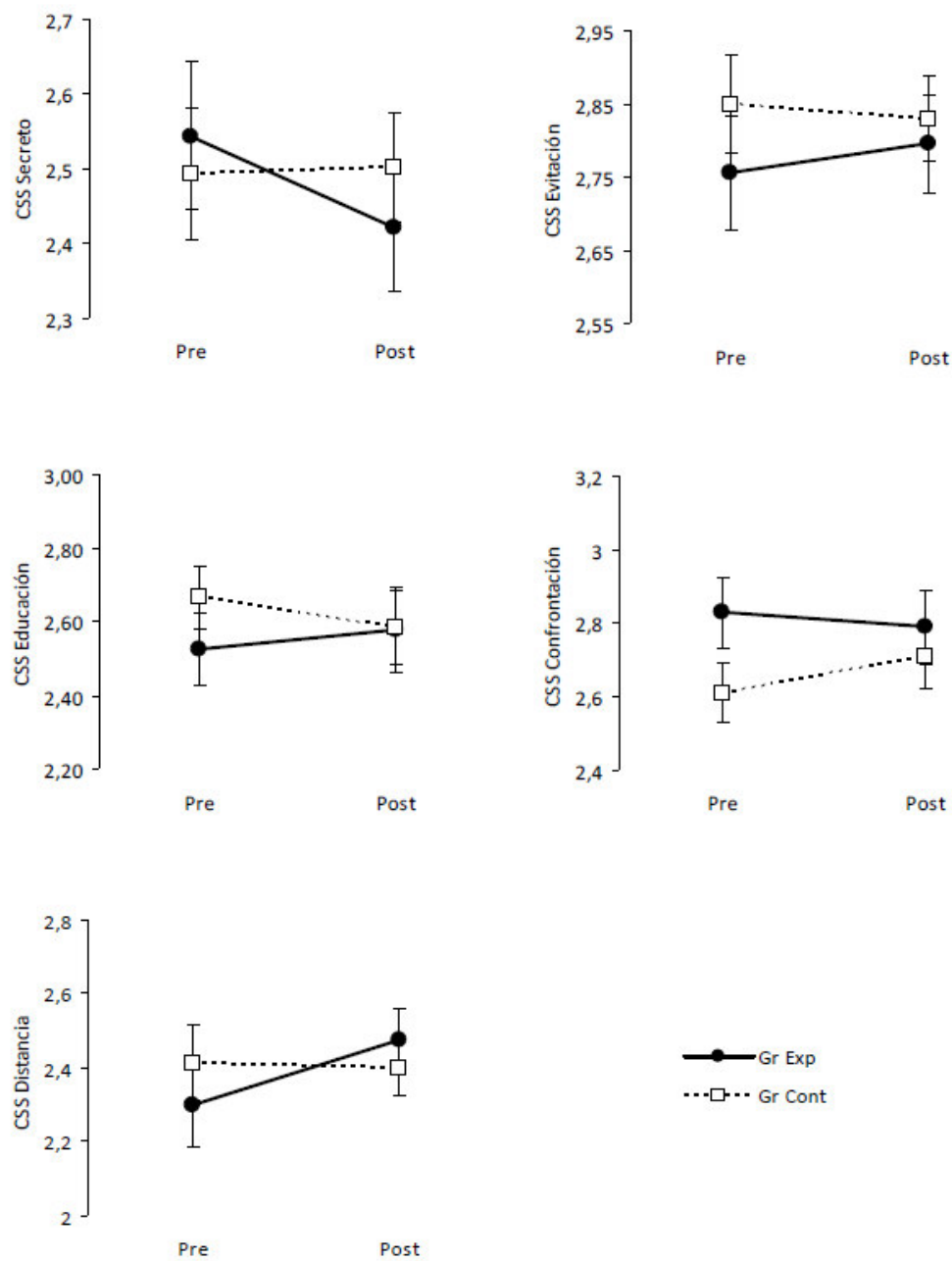
El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación CSS-Evitación no mostró efectos significativos para los factores Grupo y Tratamiento ni de la interacción ( $F(1, 42)=0,58$ ;  $p=0,45$ ;  $F(1, 42)=0,04$ ;  $p=0,84$ ,  $F(1, 42)=0,39$ ;  $p=0,53$ , respectivamente; Figura 7.4.). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,11; 0,05 y 0,09; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación CSS-Educación no mostró un efecto significativo del factor Grupo, Tratamiento ni de la interacción ( $F(1, 42)=0,34$ ;  $p=0,56$ ;  $F(1, 42)=0,04$ ;  $p=0,83$ ,  $F(1, 42)=1,04$ ;  $p=0,31$ , respectivamente; Figura 7.4.). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,09; 0,05 y 0,17; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación CSS-Confrontación no mostró un efecto significativo del factor Grupo, Tratamiento ni de la interacción ( $F(1, 42)=1,99$ ;  $p=0,16$ ;  $F(1, 42)=0,17$ ;  $p=0,68$ ,  $F(1, 42)=0,92$ ;  $p=0,34$ , respectivamente; Figura 7.4.). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,28; 0,07 y 0,15; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación CSS-Distanciamiento no mostró un efecto significativo del factor Grupo, Tratamiento ni de la interacción ( $F(1, 42)=0,04$ ;  $p=0,84$ ;  $F(1, 42)=0,83$ ;  $p=0,37$ ,  $F(1, 42)=1,21$ ;  $p=0,29$ , respectivamente; Figura 7.4.). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,05; 0,14 y 0,18; respectivamente).





**Figura 7.4.** Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en las estrategias de afrontamiento al estigma (CSS). Los resultados muestran una ausencia de cambios significativos en las subescalas de CSS. Los análisis estadísticos en estas variables presentan baja potencia de contraste.

#### 7.2.4. Cambios en la recuperación subjetiva tras la fase de tratamiento.

El ANOVA mixto 2x2 para la puntuación RAS mostró un efecto significativo en el factor Tratamiento ( $F(1, 42)=4,45$ ;  $p<0,04$ ) observándose una mejora de las puntuaciones en la fase post frente a la pre ( $145,62\pm1,96$  y  $142,82\pm1,97$ ; respectivamente,  $p<0,04$ ). Se registró un efecto del factor Grupo ( $F(1, 42)=4,51$ ;  $p<0,04$ ) obteniendo mayores puntuaciones el grupo experimental en comparación con el grupo control ( $148,16\pm2,79$  y  $140,28\pm2,44$ ; respectivamente,  $p<0,04$ ). La interacción Grupo x Tratamiento fue significativa ( $F(1, 42)=5,81$ ;  $p<0,02$ ; ver Tabla 7.8. y Figura 7.5.) observándose que mientras en la fase pre el grupo experimental y el control no se diferenciaban en sus puntuaciones ( $p=0,24$ ), en la fase post se mostraba una diferencia significativa entre ambos grupos ( $p<0,01$ ). El grupo control no mostró una diferencia significativa entre la fase pre y post ( $p=0,82$ ) mientras que el grupo experimental mostró una mejora en la puntuación de RAS en la fase post en comparación con la pre ( $p<0,004$ ).

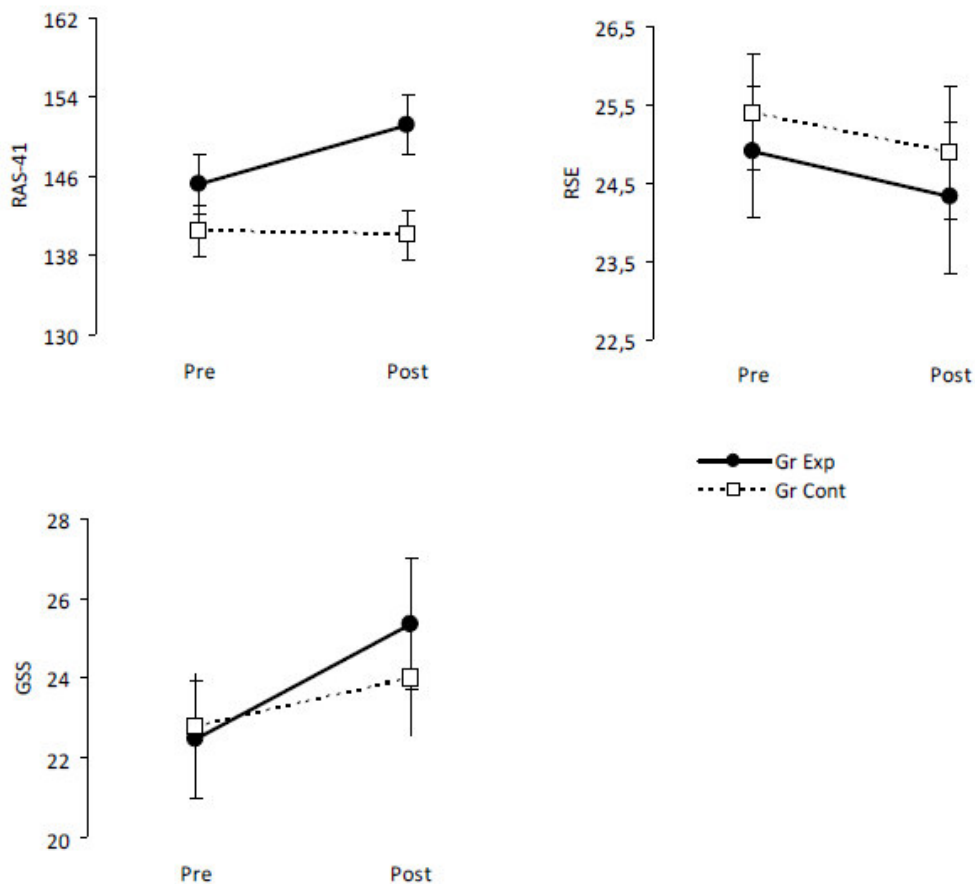
**Tabla 7.8.** Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en medidas de recuperación subjetiva

Variables	Pre-Tratamiento		Post-tratamiento		ANOVA		
	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)	Gr <i>p</i>	Trat <i>p</i>	Gr x Trat <i>p</i>
RAS	145,16 (2,98)	140,48 (2,60)	151,16 (2,96)	140,08 (2,58)	<b>0,04**</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,02***</b>
RSE	24,89 (0,85)	25,4 (0,74)	24,32 (0,96)	24,88 (0,84)	0,63*	0,25*	0,95*
GSS	22,47 (1,46)	22,8 (1,27)	25,37 (1,65)	24 (1,44)	0,77*	<b>0,04**</b>	0,39*

*Nota.* En negrita se muestran las interacciones significativas. RAS: Escala de Evaluación de la Recuperación; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; GSS: Escala de Autoeficacia General. Exp: Experimental; Gr: Grupo; Trat: Tratamiento; \*Potencia de 0,0 a 0,4 \*\*Potencia de 0,4 a 0,6 \*\*\*Potencia de 0,6 a 1

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación RSE no mostró efectos significativos para los factores Grupo, Tratamiento ni para su interacción ( $F(1, 42)=0,23$ ;  $p=0,63$ ;  $F(1, 42)=1,35$ ;  $p=0,25$ ,  $F(1, 42)=0,004$ ;  $p=0,95$ , respectivamente; Figura 7.5.). La baja potencia observada en estos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,07; 0,21 y 0,05; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación GSS mostró un efecto del factor Tratamiento ( $F(1, 42)=4,35$ ;  $p<0,04$ ) observándose una mejora de las puntuaciones en la fase post frente a la pre ( $24,68\pm1,09$  y  $22,64\pm0,96$ ; respectivamente,  $p<0,04$ ). Pese a que como muestra la Figura 7.5. se registró una mejora ligeramente superior en el grupo experimental que en el control, no se registraron efectos estadísticos significativos ni para el factor Grupo ni para la interacción ( $F(1, 42)=0,08$ ;  $p=0,77$ ;  $F(1, 42)=0,74$ ;  $p=0,39$ , respectivamente). No obstante la baja potencia observada en estos dos análisis no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia  $=0,06$  y  $0,13$ ; respectivamente).



**Figura 7.5.** Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en variables de recuperación subjetiva (RAS, RSE y GSS). Los resultados muestran efectos para la interacción grupo x tratamiento en RAS con una mejora en dicha variable en el grupo que recibió el tratamiento. Los resultados muestran un efecto en el factor Tratamiento en la puntuación GSS con un aumento en ambos grupos tras la fase de tratamiento. Los resultados muestran una ausencia de cambios significativos en RSE.

### 7.2.5. Cambios en la recuperación clínica tras la fase de tratamiento.

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación SFS no mostró efectos significativos en el factor Grupo ni en el factor Tratamiento ( $F(1, 42)=1,31$ ;  $p=0,26$ ;  $F(1, 42)=0,02$ ;  $p=0,89$ ). Sin embargo se registró un efecto de interacción Grupo x Tratamiento ( $F(1, 42)=4,82$ ;  $p\leq 0,03$ ; ver Tabla 7.9.). Los análisis *post hoc* mostraron que mientras que en la fase pre el grupo experimental y el control no se diferenciaron en sus puntuaciones ( $p=0,83$ ) en la fase post se registraron diferencias entre ambos grupos aunque con una significación residual ( $p=0,06$ ). Como muestra la Figura 7.6. mientras los participantes del grupo control obtuvieron peores puntuaciones en SFS en la fase post respecto a la pre, los participantes del grupo experimental obtuvieron mejores puntuaciones en la fase post respecto a la pre aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0,08$ ;  $p=0,18$  respectivamente).

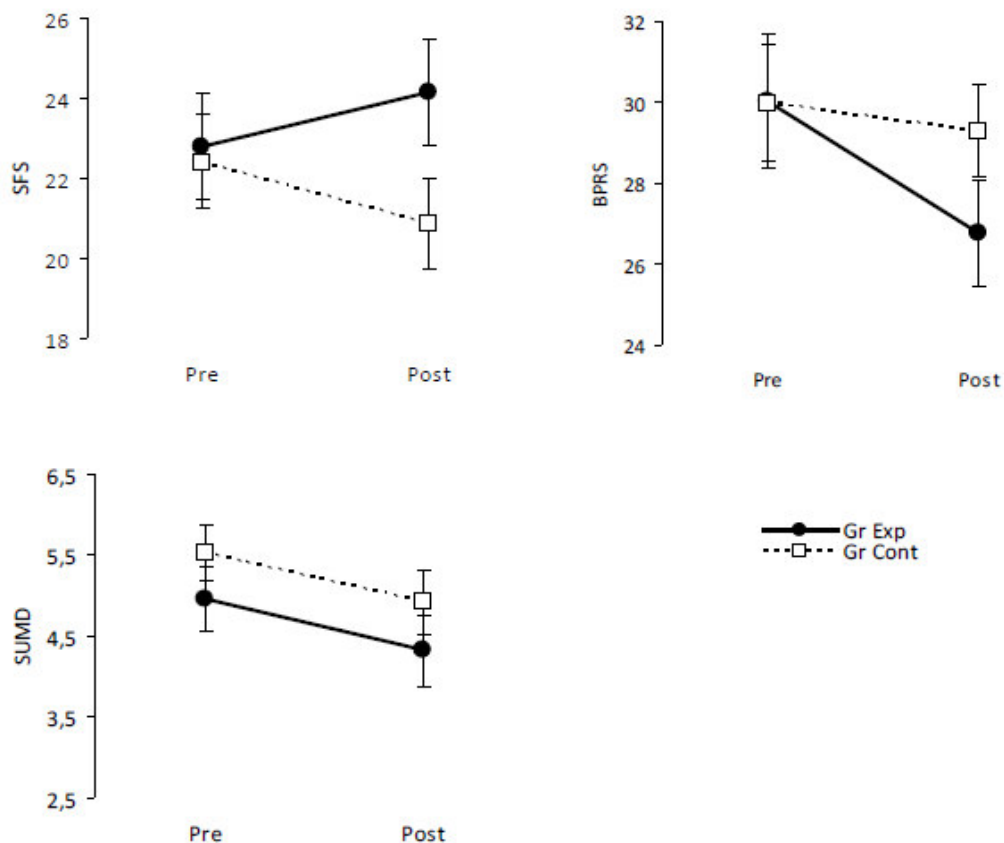
**Tabla 7.9.** Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos Grupo x Tratamiento en medidas de recuperación clínica

Variables	Pre-Tratamiento		Post-tratamiento		Gr <i>p</i>	ANOVA	
	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)	Exp M (E.T.)	Control M (E.T.)		Trat <i>p</i>	Gr x Trat <i>p</i>
SFS	22,79 (1,34)	22,4 (1,17)	24,16 (1,31)	20,84 (1,14)	0,26*	0,89*	<b>0,03**</b>
BPRS	30,05 (1,66)	30 (1,44)	26,79 (1,3)	29,32 (1,13)	0,45*	0,08**	0,25*
SUMD	4,95 (0,39)	5,52 (0,34)	4,32 (0,44)	4,92 (0,39)	0,19*	0,08**	0,96*

*Nota.* En negrita se muestran las interacciones significativas. SFS: Escala de Funcionamiento social; BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; SUMD: Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental. Exp: Experimental; Gr: Grupo; Trat: Tratamiento; \*Potencia de 0,0 a 0,4 \*\*Potencia de 0,4 a 0,6 \*\*\*Potencia de 0,6 a 1

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación BPRS no mostró un efecto significativo del factor Grupo, Tratamiento ni para la interacción ( $F(1, 42)=0,57$ ;  $p=0,45$ ;  $F(1, 42)=3,23$ ;  $p=0,08$ ,  $F(1, 42)=1,39$ ;  $p=0,24$ , respectivamente; Figura 7.6.). No obstante la baja potencia observada en el factor Grupo y en la interacción no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,11 y 0,21; respectivamente).

El ANOVA mixto 2x2 (Grupo x Tratamiento) para la puntuación SUMD no mostró un efecto significativo del factor Grupo, Tratamiento ni para la interacción ( $F(1, 42)=1,8$ ;  $p=0,19$ ;  $F(1, 42)=3,21$ ;  $p=0,08$ ,  $F(1, 42)=0,002$ ;  $p=0,96$ , respectivamente; Figura 7.6.). No obstante la baja potencia observada en el factor Grupo y en la interacción no permitiría descartar la presencia de efectos significativos empleando muestras de mayor tamaño (Potencia=0,26 y 0,05; respectivamente).



**Figura 7.6.** Comparación pre post tratamiento de las puntuaciones directas (medias y errores típicos) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua) en variables de recuperación clínica (SFS, BPRS y SUMD). Los resultados muestran efectos para la interacción grupo x tratamiento en SFS con una mejora en dicha variable en el grupo que recibió el tratamiento así como un empeoramiento en el grupo control. Los resultados muestran una ausencia de cambios significativos en BPRS y SUMD.

### 7.2.6. Resultados de satisfacción y adherencia al tratamiento

La satisfacción con el tratamiento se evaluó a través de un cuestionario anónimo tras la fase de intervención con los participantes del grupo experimental. De los 19 participantes del grupo experimental, 16 cumplieron el cuestionario de satisfacción. Los resultados revelaron una elevada satisfacción general con el programa recibido, percepción de utilidad de los contenidos, motivación por continuar participando en programas similares y alta valoración de las profesionales (ver Tabla 7.10.). Todos los participantes que completaron el cuestionario de satisfacción afirmaron que recomendarían el programa a otras personas (n=16; 100%).

**Tabla 7.10.** Resultados de la satisfacción con el tratamiento (n=16)

	<b>Nada</b> n (%)	<b>Poco</b> n (%)	<b>Bastante</b> n (%)	<b>Mucho</b> n (%)
Satisfacción	-	-	9 (56,3%)	7(43,8%)
Utilidad	-	-	11 (68,8%)	5 (31,3%)
Continuidad	-	-	9(56,3%)	7 (43,8%)
	<b>Mal</b> n (%)	<b>Normal</b> n (%)	<b>Bien</b> n (%)	<b>Excelente</b> n (%)
Profesionales	-	-	2(12,5%)	14 (87,5%)

La adherencia al tratamiento se evaluó utilizando el porcentaje de asistencia a las sesiones del programa. De los 29 participantes asignados al grupo experimental, 21 participantes (72,4%) mostraron una elevada adherencia asistiendo al 75% de las sesiones (al menos seis de ocho sesiones).

### 7.3. Discusión.

El objetivo del presente estudio fue establecer la eficacia de una intervención específica en afrontamiento y reducción del estigma internalizado frente a una condición control que recibió el tratamiento habitual de rehabilitación, en la reducción del estigma internalizado. Clarificar esta cuestión resulta relevante debido a la alta prevalencia del estigma internalizado en personas con TMG y a la relación de este con indicadores de recuperación subjetiva y objetiva (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al.,

2013; Livingston y Boyd, 2010). Sin embargo, hasta la fecha, ninguno de los estudios bien controlados experimentalmente sobre este tipo de intervenciones ha demostrado su eficacia en la reducción del estigma internalizado. Los resultados del presente trabajo revelan que el programa diseñado podría ser una herramienta terapéutica prometedora en la reducción del estigma internalizado y en la mejora de ciertos indicadores de recuperación clínica y subjetiva en el TMG. A continuación se discuten los resultados siguiendo las dos hipótesis propuestas en el Capítulo 5.

### **7.3.1. Eficacia del PAREI en el estigma internalizado y en los elementos estratégicos del proceso de internalización del estigma.**

Se planteó la hipótesis que la intervención propuesta podría reducir el estigma internalizado de forma global y en sus diferentes dimensiones así como en los elementos estratégicos en la internalización del estigma, en los participantes asignados al grupo experimental en comparación con los participantes del grupo control (**Hipótesis 2.1.**). Los resultados permitieron confirmar parcialmente la hipótesis propuesta. Así se evidenció una reducción de la dimensión emocional del estigma internalizado (medido con la subescala ISMI-Alienación) y en la legitimidad percibida de discriminación (medido con la escala PL) en los participantes del grupo experimental tras el tratamiento en comparación con los participantes del grupo control que no experimentaron ninguna mejora en ambas variables. Sin embargo los resultados no mostraron cambios estadísticamente significativos en el estigma internalizado de forma global, en su dimensión cognitiva y conductual, la resistencia al estigma, discriminación percibida, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma en los participantes del grupo experimental en comparación con los del grupo control (ver Figuras 7.2., 7.3. y 7.4.). A continuación se discutirá cada uno de los cambios encontrados tras la intervención así como la ausencia de los mismos.

En primer lugar los resultados mostraron una reducción de la dimensión emocional del estigma internalizado en el grupo experimental en comparación con el control tras la fase de tratamiento. Considerando los puntos de corte para las puntuaciones de la

*Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* propuestas por Lysaker et al., (2007), mientras ambos grupos presentaron niveles moderados de estigma internalizado en dicha dimensión emocional, tras la intervención los participantes del grupo experimental mostraron una reducción en dicha dimensión con niveles leves. Este resultado ha sido descrito en al menos cuatro trabajos previos en los que se observó una reducción del estigma internalizado tras la fase de intervención (Lucksted et al., 2011; Lysaker et al., 2012; Roe et al., 2014; Sibitz et al., 2013). Sin embargo los déficit metodológicos de estos estudios podrían limitar el alcance de los resultados. En particular, los trabajos de Lucksted et al., (2011) y Lysaker et al., (2012) no incluyeron grupo control con el que comparar los resultados del programa, haciendo difícil discernir si los efectos encontrados fueron debidos al programa o a otros factores asociados (retest, al paso del tiempo, etc.). Por otro lado los trabajos de Sibitz et al., (2013) y de Roe et al., (2014) no aleatorizaron la asignación de participantes a ambas condiciones experimentales, que conllevaría dificultades para controlar la presencia de sesgos en ambos estudios. De esta forma el presente trabajo sería el primer estudio con grupo control aleatorizado en el que se evidencia una reducción de la dimensión emocional del estigma internalizado. Otros estudios controlados aleatorizados desarrollados previamente no han evidenciado una reducción del estigma internalizado tras los programas de intervención (Fung et al., 2011; Rüsch et al., 2014; Yanos, Roe et al., 2012). Pese a que los trabajos de Fung et al., (2011) y de Rüsch et al., (2014) obtuvieron mejoras relevantes en autoestima, predisposición al cambio, adherencia al tratamiento así como en la estrategia de mantener en secreto el trastorno mental y el malestar y estrés asociado al estigma, respectivamente, ambos fallaron en reducir el estigma internalizado o alguna de sus dimensiones tras las intervenciones. Dado que ninguno de los aspectos metodológicos de dichos estudios difirieron sustancialmente del presente estudio (criterios de inclusión de los participantes, herramientas de evaluación del estigma internalizado, etc.) cabría atribuir la eficacia del PAREI a los contenidos del programa que lo diferenciarían de otros programas previos. En particular el PAREI abordó de forma conjunta el entrenamiento de estrategias de afrontamiento, la reducción de la legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo valioso de personas con TMG. Pese a que el programa de Fung et al., (2011) y Rüsch et al., (2014) intervinieron



sobre determinadas estrategias de afrontamiento (habilidades asertivas y divulgación, respectivamente) no hicieron un entrenamiento exhaustivo sobre otras estrategias de afrontamiento. A este respecto el PAREI dirigió casi la mitad de sus sesiones al entrenamiento de diversas estrategias adaptivas de afrontamiento al estigma y a la reducción de estrategias de afrontamiento características del estigma internalizado.

En segundo lugar se evidenciaron cambios en la legitimidad percibida de discriminación con una mejora en los participantes del grupo experimental así como un empeoramiento en los participantes del grupo control tras la fase de intervención. Por un lado la mejora observada en la legitimidad percibida de discriminación en el grupo experimental podría ser producto de las diferentes estrategias psicoeducativas y cognitivo-conductuales empleadas con ese fin en el programa de intervención. Específicamente el cuestionamiento y cambio de las creencias estigmatizantes (dimensión cognitiva del estigma internalizado) fue dirigido a la consideración de esas creencias como ilegítimas e injustas, reduciendo la legitimidad que se le otorga a la discriminación hacia los trastornos mentales. Ninguno de los trabajos revisados han incluido la intervención y evaluación específica de la legitimidad percibida de discriminación en los programas diseñados (ver Capítulo 3). Sin embargo los modelos teóricos la han señalado como un aspecto determinante en la forma en que las personas con TMG se enfrentan a la discriminación y en el inicio del proceso de internalización del estigma (Corrigan y Watson, 2002a). Un aspecto de especial interés respecto a los resultados del presente estudio es el empeoramiento manifestado por el grupo control tras la fase de intervención. Dicho resultado podría deberse al efecto de la administración de los instrumentos de evaluación de estigma en ausencia de una intervención terapéutica adecuada como la ofertada en el presente estudio al grupo experimental. Los potenciales efectos adversos de abordar el estigma desde una perspectiva fundamentalmente informativa han sido evidenciados con anterioridad (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002). En dichos trabajos se observó un aumento de la estrategia de mantener en secreto el diagnóstico, mayores sentimientos de vergüenza y percepción de ser diferente de los demás e irritabilidad en sus participantes tras la aplicación de sus programas. Los programas de psicoeducación que impartieron se dirigieron fundamentalmente a facilitar

información sobre los trastornos mentales y el estigma asociado a los mismos sin potenciar el cambio de las creencias estigmatizantes de los participantes. Los efectos desfavorables pudieron verse potenciados además por la ausencia de evaluación del nivel de estigma percibido o internalizado como criterio de inclusión de los participantes (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002). Teniendo en cuenta que no todas las personas perciben e internalizan el estigma (Corrigan y Watson, 2002a), estos programas podrían haber favorecido un aumento de la percepción de estigma o de sus consecuencias adversas en personas que previamente podrían no percibir el estigma o no internalizarlo.

En tercer lugar los resultados del presente trabajo no mostraron cambios estadísticamente significativos en el estigma internalizado de forma global ni en otras dimensiones (dimensión cognitiva y conductual, resistencia al estigma y la discriminación percibida) en los participantes del grupo experimental tras el tratamiento en comparación con los participantes del grupo control. Sin embargo los resultados revelaron tendencias de mejora en algunas de estas variables, señalando una posible mejoría clínica en dichas variables que no alcanzó significación estadística. Concretamente en el estigma internalizado de forma global, en su dimensión cognitiva (medida por la subescala Aprobación de los estereotipos) y en la capacidad de resistir al estigma (medido con la subescala del ISMI Resistencia al estigma) se registró una mejora más evidente en el grupo experimental que en el control (Figura 7.2.) aunque el cambio no fue estadísticamente significativo. Igualmente en la dimensión conductual del estigma internalizado medido con la subescala Rechazo social, pudo observarse una tendencia de mejora de las puntuaciones en el grupo experimental en la fase posterior al tratamiento experimental en comparación con la fase previa, así como una tendencia de empeoramiento en el grupo control entre fases (Figura 7.2.). Es decir, pese a que en el estigma de forma global, la dimensión cognitiva y conductual así como la resistencia al estigma no se observaron efectos de interacción estadísticamente significativos, si se observó una tendencia de mejoría en los participantes del grupo experimental. La ausencia de resultados estadísticamente significativos podría explicarse por la baja potencia de contraste observada en los análisis en estas variables, por lo que no podría descartarse que con una muestra más

amplia hubieran podido detectarse efectos significativos tras el programa. En el presente trabajo pese a que no se redujo el estigma internalizado de forma global, la reducción de la dimensión emocional presentaría una especial relevancia dado que se ha evidenciado como la dimensión más prevalente entre las diferentes dimensiones del estigma internalizado (Brohan et al., 2010). De hecho en los resultados del presente trabajo fue la dimensión donde todos los participantes tuvieron puntuaciones más elevadas y por tanto más severas antes de la fase de intervención (ver Tabla 7.6.)

En cuarto lugar mientras los resultados no mostraron cambios en la identificación con el grupo en los participantes del grupo experimental tras el tratamiento en comparación con los participantes del grupo control, si mostraron cambios en esta variable en ambas condiciones experimentales tras la fase de tratamiento. Así todos los participantes del estudio aumentaron la identificación que hacían de si mismos con el grupo de personas con TMG. Pese a que la mejora fue mayor en los participantes del grupo experimental (Figura 7.3.) el cambio no fue estadísticamente significativo en comparación con el grupo control. De nuevo, y al igual que fue señalado en otras variables de estigma internalizado, la ausencia de resultados en la interacción podría explicarse por la baja potencia de contraste observada en los análisis en esta variable (Tabla 7.6.). Los trabajos revisados no incluyeron la evaluación de la identificación con el grupo en los programas evaluados (ver Capítulo 3) pese a su descripción como un elemento que podría predecir la internalización del estigma y sus consecuencias desfavorables (Rüsch et al., 2009; Watson et al., 2007). En el presente estudio se observó un aumento de la identificación con el grupo en los participantes del grupo control que podría tener relación nuevamente con la propia administración de las pruebas. Sin embargo mientras en el grupo control la ausencia de una intervención específica en estigma pudo producir un aumento en la identificación con el grupo junto a un aumento en la legitimidad percibida de discriminación, en el grupo experimental la identificación con el grupo fue acompañada de una reducción de la percepción de la discriminación como legítima y justa junto a una disminución de la dimensión emocional del estigma internalizado.

Por último no se observaron cambios en las estrategias de afrontamiento en los participantes del grupo experimental en comparación con el grupo control tras la fase de tratamiento. La ausencia de cambios en el presente estudio en las estrategias de afrontamiento al estigma podría explicarse por la baja potencia de contraste observada en los análisis en estas variables (Tabla 7.6.) por lo que no podría descartarse que con una muestra más amplia en ambas condiciones experimentales se hubieran establecido efectos significativos tras el programa. La revisión de los programas sobre reducción del estigma internalizado mostró que tres trabajos evaluaron el empleo de estrategias de afrontamiento ante el estigma (Link et al., 2002; McCay et al., 2007; Rüsch et al., 2014) mediante la *Escala de Afrontamiento al Estigma* (*Coping Stigma Scale* o CSS; Link et al., 2002). Solo el trabajo de Rüsch et al., (2014) observó una mejora tras la fase de intervención en la subescala Secreto de la *Escala de Afrontamiento al Estigma* (*Coping Stigma Scale* o CSS; Link et al., 2002). El programa de Rüsch et al., (2014) consistió en una intervención dirigida a entrenar la estrategia de divulgación que consiste en reducir el secreto sobre el diagnóstico y el hecho de estar en tratamiento. Cabría destacar que ciertas características de su muestra pudieron favorecer la adquisición de resultados en la estrategia de secreto ya que tres de cada cuatro participantes del estudio ya habían decidido revelar el trastorno a su familia y amigos antes de recibir el programa (Rüsch et al., 2014). En el presente estudio al igual que en el estudio de Link et al (2002) los participantes de ambas condiciones experimentales mostraron en línea base un empleo relativamente frecuente de las diferentes estrategias de afrontamiento, en especial de la evitación, lo que pudo contribuir a mayores dificultades en el cambio de dichas estrategias.

### **7.3.2. Eficacia del PAREI en la recuperación clínica y subjetiva**

El presente trabajo planteó como objetivo secundario la evaluación de los posibles cambios en la recuperación clínica y subjetiva tras la intervención propuesta. Dadas las relaciones mostradas entre el estigma internalizado y determinadas variables de recuperación clínica y subjetiva (ver Capítulo 3) se propuso la hipótesis que un tratamiento dirigido a reducir el estigma internalizado podría mejorar determinados indicadores de recuperación clínica y subjetiva i.e., el funcionamiento social, la

sintomatología, la conciencia de trastorno mental, las expectativas de recuperación, la autoestima y la autoeficacia en los participantes del grupo experimental en comparación con los del grupo control (**Hipótesis 2.1**). Los resultados del presente trabajo permitieron confirmar parcialmente la hipótesis propuesta. Así se evidenciaron cambios significativos en las expectativas de recuperación y en el funcionamiento social con una mejora en los participantes del grupo experimental en comparación con los del grupo control tras el tratamiento. Sin embargo no se evidenciaron dichos cambios en la sintomatología, la conciencia del trastorno mental, la autoestima y la autoeficacia (Figura 7.5. y 7.6.). A continuación se discutirá cada uno de los resultados observados.

En primer lugar se observó una mejora en las expectativas de recuperación medida con la *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan et al., 1999) en los participantes del grupo experimental tras el programa en comparación con el grupo control. El estigma internalizado se ha relacionado previamente con las expectativas de recuperación (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2010; Ritsher et al., 2003). Concretamente en el estudio I del presente trabajo el estigma internalizado predijo junto a otras variables las expectativas de recuperación. Por ello cabría esperar que un programa dirigido a reducir la internalización del estigma conllevara a cambios a su vez en las expectativas de recuperación. Pese a estos hallazgos previos los trabajos sobre programas de reducción de estigma no han evaluado el impacto de dichos programas en la recuperación subjetiva. Solamente Lucksted et al., (2011) evaluó el impacto de un programa de estigma internalizado sobre la percepción de recuperación utilizando *The Mental Health Recovery Measure (MHRM; Young, 2003)*, observando una mejora de la puntuaciones en dicho instrumento tras el programa. Mientras la ausencia de grupo control en el trabajo de Lucksted et al., (2011) podría cuestionar que dicho resultado fuera atribuido al programa, los hallazgos del presente trabajo apoyarían de forma innovadora la contribución que un programa dirigido a la reducción del estigma internalizado podría tener en las experiencia subjetiva de recuperación en personas con TMG.

En segundo lugar se observó una mejora del funcionamiento social en los participantes del grupo experimental y un empeoramiento en dicha variable en el grupo control tras la fase de intervención. Por un lado cabe destacar que la mejora del funcionamiento social tras una intervención sobre el estigma internalizado apoyarían las relaciones previas encontradas entre ambas variables en personas con TMG (Galderisi et al., 2014; Muñoz et al., 2010; Yanos, West et al., 2012). Así en el trabajo de Muñoz et al., (2010) se evidenció cómo el estigma internalizado junto a las expectativas de recuperación determinaron los resultados funcionales en personas con TMG. En consonancia con dichos resultados Galderisi et al., (2014) han evidenciado recientemente la capacidad predictiva del estigma internalizado sobre el funcionamiento social en personas con esquizofrenia, aunque las relaciones establecidas entre ambas variables estuvo mediada por la resiliencia. La resiliencia ha sido definida como los recursos personales percibidos por la persona para adaptarse a las adversidades y se ha relacionado en un trabajo previo con las expectativas de recuperación (Chiba et al., 2010). Es decir, en ambos trabajos se destacaría la relevancia que tendría el estigma internalizado junto con variables vinculadas a la recuperación subjetiva en el funcionamiento social. La revisión de la literatura sobre programas de estigma internalizado mostró que solo el trabajo Yanos et al., (2012) evaluó los cambios en el funcionamiento social tras la fase de intervención. Sin embargo en dicho trabajo no se observó ningún cambio en el funcionamiento social en la condición experimental y control tras la fase de intervención (Yanos, Roe et al., 2012). Cabe destacar que mientras el programa de Yanos et al., (2012) no fue eficaz en reducir el estigma internalizado, la ausencia de cambios en dicha variable pudo explicar la ausencia de cambios en otras variables relacionadas con el estigma internalizado como el funcionamiento social. En el presente estudio se mostrarían de forma innovadora la mejoría provocada en el funcionamiento social tras un programa de reducción de estigma internalizado.

Por otro lado el empeoramiento en el funcionamiento social observado en el grupo control tras la fase de tratamiento podría ser explicado de forma similar al empeoramiento observado en la legitimidad percibida de discriminación en el grupo control. Así el empeoramiento en el funcionamiento social observado en el grupo

control podría poner de manifiesto los efectos adversos de abordar el estigma hacia los trastornos mentales en ausencia de una intervención adecuada al igual que se manifestó en trabajos previos (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002).

En tercer lugar no se observaron cambios en dos variables de recuperación clínica, i.e., la sintomatología y la conciencia de enfermedad en los participantes del grupo experimental en comparación con los del grupo control tras la fase de intervención. No obstante cabe destacar que los análisis en ambas variables mostraron una baja potencia de contraste que no permitirían descartar efectos significativos empleando un grupo más numeroso (Tabla 7.9.). En cuanto a la sintomatología, los resultados mostraron una tendencia de mejora en la sintomatología en los participantes del grupo experimental respecto al grupo control aunque esa mejora no fue estadísticamente significativa (Figura 7.6.). En la revisión realizada sobre programas de reducción del estigma internalizado se observó que cinco de los trabajos evaluaron los cambios en la sintomatología tras la fase de tratamiento (Aho-Mustonen et al., 2011; Knight et al., 2006; Shin y Lukens, 2002; Sibitz et al., 2013; Yanos, Roe et al., 2012). Los trabajos que evidenciaron una reducción de la sintomatología fueron los de Shin y Lukens (2002), Knight et al., (2006) y Sibitz et al., (2013). Como se ha mencionado con anterioridad los trabajos de Knight et al., (2006) y de Sibitz et al., (2013) presentaron déficit metodológicos, como la ausencia de aleatorización del grupo control, que podría limitar la atribución de resultados al programa y la influencia de otros sesgos no controlados por la aleatorización. El trabajo de Shin y Lukens (2002) evaluó, con un diseño metodológicamente bien controlado, la eficacia de un programa de psicoeducación dirigido a reducir el estigma percibido, evidenciando una reducción de la sintomatología tras la intervención. Sin embargo cabe destacar que la comparación de dichos resultados con los obtenidos en el presente trabajo en relación a la sintomatología estaría limitada por las diferencias en la severidad de los síntomas de los participantes. Así en el presente trabajo tanto los participantes del grupo experimental como del grupo control presentaban una baja severidad de los síntomas antes de iniciar la fase de intervención, pudiendo ello dificultar la obtención de cambios. Por el contrario en el trabajo de Shin y Lukens (2002) los participantes presentaron mayor severidad de los síntomas antes del programa de psicoeducación lo

que pudo favorecer la reducción de la sintomatología tras la intervención. En cuanto a la conciencia del trastorno mental en el presente trabajo no se observaron cambios en dicha variable tras la intervención sobre el estigma internalizado. Los resultados de trabajos previos indican que, más allá de una relación directa entre ambas variables, el estigma internalizado tendría un papel mediador entre la asociación de la conciencia de enfermedad con otras variables como el funcionamiento social, la esperanza o la autoestima (Lysaker et al., 2007). Estudios sobre programas de estigma internalizado como los de Fung et al., (2011) y Yanos et al., (2012) evaluaron la conciencia de enfermedad utilizando la *Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (SUMD; Amador et al., 1991)* y no observaron ningún cambio en los participantes del grupo experimental y control tras el tratamiento en esta variable. Las relaciones indirectas de la conciencia de trastorno mental y el estigma internalizado junto a los escasos contenidos del programa que abordaban este aspecto específico podrían explicar la ausencia de cambios en la conciencia del trastorno mental tras la fase de tratamiento.

En cuarto lugar mientras los resultados del presente trabajo no mostraron cambios en la autoeficacia en los participantes del grupo experimental en comparación con el grupo control, si mostraron una mejoría de la autoeficacia en los participantes de ambas condiciones experimentales tras la fase de tratamiento. Pese a que la mejora fue mayor para los participantes del grupo experimental, dicho cambio no fue estadísticamente significativo (Tabla 7.7.). La ausencia de cambios en la autoeficacia en el presente trabajo podría explicarse por la baja potencia de contraste observada en los análisis (Tabla 7.8.). Trabajos previos no han observado cambios significativos en la autoeficacia general tras una intervención en estigma internalizado (Fung et al., 2011; McCay et al., 2007). Sin embargo el trabajo de Rűch et al., (2014) evidenció la mejora en la autoeficacia ante la divulgación del trastorno mental. A este respecto debe considerarse que la utilización de un instrumento genérico en la medición de la autoeficacia como los utilizados en los trabajos de McCay et al., (2007) y Fung et al., (2011) habría podido resultar insuficiente para detectar cambios tras la intervención tanto en dichos trabajos como en el presente estudio. Este tipo de instrumentos evalúa la percepción estable de competencia personal para el manejo eficaz de una



gran variedad de situaciones estresantes (Sanjuan et al., 2000) por lo que pudo ser una medida insuficiente para detectar la autoeficacia ante situaciones específicas de estigma.

Por último en el presente trabajo no se observaron cambios en la autoestima entre ambas condiciones experimentales tras la fase de tratamiento. No obstante la baja potencia observada en estos dos análisis no permitió descartar la presencia de efectos significativos en un grupo de mayor tamaño (Tabla 7.8.). En la revisión de la literatura sobre programas de reducción de estigma internalizado (ver Capítulo 3) se pudo constatar que más de la mitad de los trabajos evaluaron los cambios en dicha variable tras la fase de intervención (Aho-Mustonen et al., 2011; Fung et al., 2011; Knight et al., 2006; Lysaker et al., 2012; Macinnes y Lewis, 2008; McCay et al., 2007; Roe et al., 2014; Yanos, Roe et al., 2012). De estos trabajos, cinco observaron cambios significativos en la autoestima tras programas dirigidos a la reducción del estigma percibido o internalizado (Aho-Mustonen et al., 2011; Fung et al., 2011; Knight et al., 2006; Lysaker et al., 2012; Roe et al., 2014). Sin embargo cabe señalar que las deficiencias metodológicas detectadas podrían cuestionar dichos resultados de algunos trabajos (Knight et al., 2006; Lysaker et al., 2012; Roe et al., 2014). En los trabajos de Aho-Mustonen et al., (2011) y Fung et al., (2011) se evidenció que, pese a observar cambios en la autoestima en los participantes del grupo experimental en comparación con el control tras la fase de intervención, no mantuvieron dicha mejoría en el seguimiento a los tres y cuatro meses respectivamente. Una posible conclusión al respecto de las evidencias mencionadas sobre la ausencia de cambios en la autoestima o del mantenimiento en dichos cambios, sería que los programas tendrían que abordar en mayor profundidad o de forma más específica el impacto que el proceso de internalización del estigma conlleva en el concepto y valoración de uno mismo (Yanos, Roe et al., 2012). Los modelos teóricos sobre el proceso de internalización del estigma han destacado que la legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo pueden predecir una mejor autoestima (Rüsch et al., 2006). Mientras en el presente trabajo la intervención psicológica resultó eficaz para reducir la legitimidad percibida de discriminación, cabría esperar que esta reducción hubiera tenido una correspondencia en la mejora de la autoestima. Sin embargo cabe destacar que

mientras la validación empírica de los modelos sobre el proceso de internalización del estigma arroja datos consistentes sobre la capacidad predictiva de la legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo en el estigma internalizado, no ocurre lo mismo con la capacidad predictiva de dichas variables sobre la autoestima. Así mientras en el trabajo de Rűch et al., (2006) la legitimidad percibida de discriminación contribuyó a explicar la autoestima, el trabajo de Watson et al., (2007) evidenció una ausencia de relación entre legitimidad percibida de discriminación y la identificación con el grupo con la autoestima. De esta forma, mientras la intervención diseñada fue capaz de modificar la legitimidad percibida de discriminación, este cambio podría no haber sido un elemento determinante en la mejora de la autoestima pudiendo contribuir a explicar la ausencia de cambios observados en esta variable.

En conclusión el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención psicológica basada en la legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma que combina estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el apoyo entre iguales. Los principales resultados señalan que la intervención propuesta resultó eficaz en la reducción de la dimensión emocional del estigma internalizado, la legitimidad percibida de discriminación así como en la mejora de las expectativas de recuperación y el funcionamiento social en personas con TMG.



## **CAPÍTULO 8.**

### **ESTUDIO III. PREDICTORES COGNITIVOS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**



## **8. ESTUDIO III. PREDICTORES COGNITIVOS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN EL TMG**

### **8.1. Materiales y método**

#### **8.1.1. Características del estudio**

Los datos del presente trabajo fueron obtenidos de los participantes del grupo experimental de un ensayo controlado aleatorizado ciego simple, llevado a cabo en tres CRPSL del área de salud de Toledo en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid y financiado por la FSCLM. Conforme a las normas internacionales de ética propuestas en la Declaración de Helsinki (AMM, 2008) este estudio fue aprobado por la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

#### **8.1.2. Participantes**

Los participantes del presente estudio fueron los 19 individuos asignados aleatoriamente al grupo experimental en el estudio II y que cumplían los criterios de inclusión detallados en dicho estudio, i.e., (1) diagnóstico principal de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29) trastornos afectivos (F31, F33, F34, F38, F39), y trastorno obsesivo-compulsivo (F42) siguiendo criterios diagnósticos CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994); (2) ser atendido en uno de los tres CRPSL del área de salud de Toledo seleccionados; (3) edad comprendida entre los 18 y 65 años; (4) presencia de elevado estigma

internalizado (puntuación de corte mayor o igual a 2,5 en la puntuación total o en alguna de las tres subescalas de la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental* que miden la dimensión cognitiva, emocional o conductual (Ritsher et al., 2003); (5) ausencia de deterioro cognitivo grave (puntuación de corte mayor o igual a 24 en el test *Minimal State Examination o MMSE* (Folstein et al., 1975); (6) ausencia de diagnóstico de retraso mental; (7) ausencia de síntomas psicóticos agudos que impidieran la cumplimentación de los instrumentos en el momento del estudio según la BPRS (Overall y Gorham, 1962); y en el caso de las personas atendidas en su domicilio (8) que aceptaran acudir al CRPSL para participar en la investigación.

Los participantes (8 mujeres) tenían una edad media de  $43,6 \pm 2,5$  años y  $10 \pm 0,4$  años de educación. Las características clínicas y sociodemográficas de los 19 participantes se describen en la Tabla 8.1. y 8.2.

**Tabla 8.1.** Características clínicas de los participantes (n=19)

Características	Media (E.T.)
Edad primer diagnóstico (años)	24,3 (1,96)
Evolución del trastorno (años)	19,3 (2,1)
Hospitalizaciones psiquiátricas	2,9 (1)
BPRS (T1)	30 (1,7)
Diagnóstico (CIE-10)	<b>N (%)</b>
Trastorno bipolar afectivo	2 (10,5)
Trastorno depresivo recurrente	3 (15,8)
Otros trastornos afectivos	1 (5,3)
Trastorno obsesivo compulsivo	2 (10,5)
Esquizofrenia paranoide	8 (42,1)
Esquizofrenia simple	2 (10,5)
Otras esquizofrenias	1 (5,3)
Dependencia a sustancias	
Sin dependencia	18 (94,7)
Abuso de alcohol	1 (5,3)
Tratamiento farmacológico	
Antipsicóticos	1 (5,3)
Antipsicóticos y otros	15 (78,9)
Antidepresivos y ansiolíticos	3 (15,8)

*Nota.* BPRS (T1): Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica administrada antes de la fase de tratamiento; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

**Tabla 8.2.** Características sociodemográficas de los participantes (n=19)

Características	N (%)
Estado civil	
Soltero	12 (63,2)
Casado	5 (26,3)
Separado	2 (10,5)
Situación laboral	
Parado	3 (15,8)
Pensionista	9 (47,4)
Otros	7 (36,8)
Convivencia	
Con padres y/o hermanos	8 (42,1)
Solo	4 (21)
Con pareja	5 (26,3)
En vivienda supervisada	2 (10,5)
Ingresos económicos	
Si	17 (89,5)
No	2 (10,5)
Procedencia de los ingresos	
Pensión no contributiva	5 (26,3)
Pensión contributiva	8 (42,1)
Otros	4 (21)
Situación legal	
Capacitado	19 (100)
Localidad de residencia	
Rural	10 (52,6)
Semi-rural	2 (10,5)
Urbano	7 (36,8)

*Nota.* Rural: municipio < 10.000 habitantes.; Semi-rural: municipio entre 10.000 y 20.000 habitantes; Urbano: municipio > 20.000 habitantes.

### 8.1.3. Medidas

#### Medidas neuropsicológicas

El protocolo de evaluación cognitiva estuvo conformado por diferentes pruebas neuropsicológicas seleccionadas para evaluar seis de los ocho factores identificados en el trabajo de González-Blanch et al., (2007) como los principales dominios deficitarios en personas con trastornos psicóticos: Memoria verbal, Comprensión verbal, Funciones ejecutivas y Velocidad de procesamiento, Memoria visual, Velocidad motora y Atención. Con el objetivo de diseñar un protocolo de evaluación breve, se excluyeron los factores Destreza motora e Impulsividad atendiendo a los siguientes criterios. Por un lado se priorizó por evaluar solo un factor asociado al rendimiento motor, de los



dos reportados en el estudio de González-Blanch et al., (2007), incluyendo en el protocolo el factor Velocidad Motora. Por otro lado se excluyó el factor Impulsividad por ser el que menos porcentaje de varianza explicó en el análisis factorial de los autores (3,5%). Además de estos factores se evaluó la teoría de la mente, uno de los aspectos de la cognición social más alterado en personas con TMG de acuerdo con la revisión realizada (ver Capítulo 4). Los dominios cognitivos evaluados y las pruebas neuropsicológicas empleadas se detallan en la Tabla 8.3.

**Tabla 8.3.** Dominios cognitivos y pruebas neuropsicológicas

Dominio cognitivo	Prueba neuropsicológica
Memoria Verbal	Test Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)
Comprensión Verbal	Vocabulario (WAIS-III)
Funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento	Dígitos Inversos (WAIS-III)
	Trail Making Test (TMT-A y TMT- B)
	Stroop (Stroop P, Stroop C, Stroop PC)
	Test de la Figura Compleja de Rey (CFT)
Memoria Visual	Finger Tapping (FTT)
Velocidad motora	Test Breve de Atención (BTA)
Atención	Dígitos Directos (WAIS III)
	Test de las insinuaciones (HT)
Teoría de la mente	

## Memoria Verbal

**Test Auditivo Verbal de Rey o RAVLT** (*Rey Auditory Verbal Learning Test*; Spreen y Strauss, 1998): Esta prueba evalúa la amplitud de la memoria inmediata, nuevos aprendizajes, la susceptibilidad a la interferencia, recuerdo diferido después un periodo corto y largo de tiempo así como el reconocimiento. La prueba consiste en la lectura en voz alta de una lista de 15 palabras (lista A) por el examinador, con un intervalo de un segundo entre cada palabra, seguido de una prueba de recuerdo libre en cinco ensayos consecutivos. Al finalizar el quinto ensayo se presenta verbalmente una lista de 15 palabras de interferencia (lista B) seguida de una prueba de recuerdo libre de esta lista. Inmediatamente después, se le pide al examinado que vuelva a decir la primera lista (lista A). Para evaluar el recuerdo diferido a largo plazo (a los 20 minutos), se le solicita nuevamente al examinado que repita la lista A. Por último, el examinado debe reconocer en una lista de 50 palabras, las palabras de la lista A y B. Se

registraron las puntuaciones obtenidas en el ensayo 1, la suma de las puntuaciones del ensayo 1 al 5, las obtenidas con la lista de interferencia, el ensayo 6 y 7 y en el reconocimiento. Los datos normativos de Messinis et al., (2007) ajustados por edad y años de educación se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

## **Comprensión verbal**

**Vocabulario** (Wechsler, 1999): Esta prueba forma parte del WAIS-III (Wechsler, 1999) y se utiliza para evaluar la capacidad de comprensión verbal. La tarea del examinado consiste en definir oralmente una serie de palabras que el examinador lee en voz alta, al tiempo que se las muestra escritas en las tarjetas. Se empieza en el elemento 4 (“Invierno”). Si el examinado obtiene la máxima puntuación (2 puntos) en los elementos 4 y 5, se le concede esa puntuación a los elementos 1 a 3. Si puntúa 0 o 1 en los elementos 4 o 5, se aplican los elementos 1 a 3 en orden inverso hasta que se obtenga la máxima puntuación en dos elementos consecutivos. La prueba se termina después de seis fallos consecutivos (0 puntos). Los datos normativos aportados en el WAIS-III (Wechsler, 1999) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

## **Funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento**

**Trail Making Test o TMT** (Lezak, Howieson y Loring, 2004): El *Trail Making Test* es una medida de la velocidad combinada para la atención, la secuenciación, la búsqueda visual y mental así como la función motora. Se compone de dos partes: A y B. Mientras la parte A requiere fundamentalmente habilidades visoperceptivas, la parte B requiere el funcionamiento de la memoria de trabajo así como habilidades para el cambio de tarea (Sánchez-Cubillo et al., 2009). La diferencia entre ambas partes (B-A) se toma como medida de control ejecutivo implicada en la alternancia entre las dos secuencias de letras y números (Sánchez-Cubillo et al., 2009). En la parte A (TMT-A) el examinado debe unir con una línea continua 25 números consecutivos (1-2-3-4, etc.) que aparecen dentro de un círculo y están distribuidos de forma aleatoria en una lámina tamaño DIN-A4. La parte B (TMT-B) consiste también en una lámina en la que se encuentran distribuidos números y letras. El examinado debe unir con una línea continua unos y

otras de forma alternativa (es decir, 1-A-2-B-3-C, etc.). Las dos partes deben realizarse en el menor tiempo posible sin cometer errores. Para las partes A y B, la puntuación es expresada en términos del tiempo de finalización y número de errores. Se utilizaron los datos normativos de Periañez et al., (2007) para obtener las puntuaciones percentiles.

**Test de colores y palabras** o Stroop (Golden, 2001): El *Test de Stroop* permite medir la fluidez verbal, la capacidad de inhibir estímulos desencadenantes de respuestas automáticas, capacidad de control cognitivo, la capacidad de flexibilidad mental y velocidad de procesamiento (Spreeen y Strauss, 1998). La prueba consta de tres láminas tamaño DIN-A4, cada una de las cuales contiene 100 elementos distribuidos en cinco columnas de 20 elementos. En la primera lámina (Stroop-P) aparecen las palabras 'ROJO', 'VERDE' y 'AZUL', ordenadas al azar e impresas en tinta negra. En esta lámina el examinado debe leer las palabras. En la segunda lámina (Stroop-C) todos los elementos tienen la misma forma ('XXXX') pero están impresos en tinta azul, verde o roja. En la segunda lámina el examinado debe decir en voz alta cuál es el color de cada uno. En la tercera lámina (Stroop-PC) aparecen las palabras de la primera lámina impresas en los colores de la segunda. El examinado debe nombrar el color de la tinta con la que está impresa la palabra, ignorando el significado. Se registró el número de respuestas correctas en 45 segundos en cada una de las tres condiciones. También se calculó una puntuación derivada llamada Stroop Interferencia (Stroop-I) que informa sobre la capacidad del sujeto para inhibir la respuesta preponderante, controlando la influencia de la velocidad de procesamiento de la información. La puntuación interferencia se calcula mediante la diferencia entre la puntuación PC y PC' donde PC' es igual a  $(P \times C) / (P + C)$ . Esta fórmula se basa en el supuesto de que el rendimiento de un sujeto en cada ítem de la condición PC es igual al tiempo para suprimir la lectura de una palabra más el tiempo para identificar un color (Golden y Freshwater, 2002). Los datos normativos de Lubrini et al., (2014) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

**Dígitos Inversos** (Wechsler, 1999): Esta prueba forma parte del WAIS-III (Wechsler, 1999). El examinador lee en voz alta una serie de dígitos a razón de un dígito por segundo y el examinado debe repetir la serie a continuación en orden inverso a como

se presentó. La prueba comienza con una serie de dos dígitos, en cada ensayo se leen dos series de la misma longitud y si el examinado repite correctamente al menos una de las dos se continúa con el siguiente ensayo en el que la serie tiene un dígito más que las anteriores. La prueba finaliza cuando el examinado falla dos series de la misma longitud. Se registró el número máximo de span conseguidos. Los datos normativos de Peña-Casanova et al., (2009) y de Tamayo et al., (2012) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

## **Memoria Visual**

***Test de la Figura Compleja de Rey*** o TFCR (Rey, 1987): Esta prueba mide una variedad de procesos cognitivos, incluyendo la planificación, capacidad de organización, así como habilidades perceptuales, motoras y memoria de material visual. El TFCR consiste en copiar y después reproducir de memoria un dibujo geométricamente complejo. El modelo a copiar está reproducido en una lámina. En primer lugar se le pide al examinado que copie el dibujo y se cronometra el tiempo. Después a los 3 minutos se le pedirá sin presentársela que reproduzca la figura copiada anteriormente en otra hoja en blanco y se cronometra igualmente el tiempo. Se indica al participante que no tienen limitación de tiempo para realizar la prueba tanto en la copia como en el recuerdo a los tres minutos. Para la corrección de la prueba se puede tener en cuenta, tanto en la copia como en la reproducción, el propio proceso utilizado (es decir el orden en el que el examinado va dibujando la figura) el tiempo empleado y también la exactitud y riqueza del dibujo. Las puntuaciones que se registraron en el presente estudio fueron el tiempo empleado en la copia de la figura y las puntuaciones en relación a la exactitud y riqueza de la copia y de la reproducción siguiendo los criterios estandarizados del Manual de pruebas español (TEA, 1987). De esta forma se puntúa cada elemento copiado y reproducido por el examinado en función de la precisión, la distorsión, y la ubicación de su reproducción. Para facilitar esta corrección en el manual la figura se desglosa en 18 elementos a los que se pueden otorgar entre 0 y 2 puntos. Los datos normativos de Palomo et al., (2013) y de Peña-Casanova et al., (2009) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

## **Velocidad motora**

***Finger Tapping*** o FT (*Spreen y Strauss, 1998*): Esta prueba inspirada en la tarea *Finger Tapping* descrita por Spreen y Strauss (1998) evalúa una medida simple de la velocidad y del control motor. Los participantes deben realizar cinco ensayos consecutivos de 10 segundos en un dispositivo manual, concretamente el teclado de un ordenador, utilizando el dedo índice de la mano dominante y el de la no dominante. La puntuación es calculada para cada mano por separado y es la media de cinco ensayos consecutivos de 10 segundos. Los datos descriptivos divididos por género y por edad aportados en el estudio de Ruff y Parker (1993) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles de los participantes.

## **Atención**

***Test Breve de Atención*** o BTA (*Brief Test of Attention; Schretlen, Hoida Bobholz y Brandt, 1996*): El BTA se utiliza para evaluar la atención selectiva y está compuesto de dos formas paralelas presentadas a través de una audición. Una voz lee diez listas de letras y números con longitud variable entre 4 y 18 elementos. Se pide al examinado que indique cuantos números contiene cada lista de las diez, ignorando las letras. A continuación debe hacer lo mismo con las diez listas pero ahora contando las letras e ignorando los números. Se inicia la prueba administrando dos ejemplos adicionales en cada forma (números y letras). Si el examinado falla en tres ensayos de ambas ejemplos, se suspende la prueba. Se registró la puntuación total resultante de los aciertos en ambas formas, letras y números. Los datos normativos de Spreen y Strauss (1998) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

***Dígitos Directos*** (Wechsler, 1999): Esta prueba forma parte del WAIS-III (Wechsler, 1999). El examinador lee en voz alta una serie de dígitos a razón de un dígito por segundo y el examinado debe repetir la serie a continuación en el mismo orden en el que se ha presentado. La prueba comienza con una serie de dos dígitos, en cada ensayo se leen dos series de la misma longitud y, si el examinado repite correctamente al menos una de las dos, se continúa con el siguiente ensayo en el que la serie tiene un

dígito más que las anteriores. La prueba finaliza cuando el examinado falla dos series de la misma longitud. Se registró el número máximo de span conseguidos. Los datos normativos de Peña-Casanova et al., (2009) y de Tamayo et al., (Tamayo et al., 2012) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles.

## **Cognición social**

**Test de las insinuaciones** o HT (*Hinting Task*; Corcoran, Mercer y Frith, 1995): Esta prueba validada en su versión breve por Gil et al., (2012) evalúa la teoría de la mente a través de 5 historias. Con el objetivo de reducir las interferencias de posibles alteraciones en memoria o en comprensión verbal, el evaluador puede leer cada historia a los examinados las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas. En todas las historias aparecen dos personajes, y al final de cada una, uno de los personajes expresa una indirecta bastante clara. Al examinado se le pregunta qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el evaluado responde correctamente, se puntúa con un 2. Si el evaluado no responde correctamente se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si entonces el examinado responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1. Una respuesta incorrecta equivale a un 0. La puntuación total de la prueba está comprendida entre 0 y 10. Los datos descriptivos aportados en la validación española de la versión breve de la prueba (Gil et al., 2012) se utilizaron para obtener las puntuaciones percentiles de los participantes.

.

## **Medidas de estigma y recuperación**

Las variables de estigma y recuperación así como los instrumentos empleados antes y después del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado se detallan en la Tabla 8.4. (ver Capítulo 7, p. 177).

**Tabla 8.4.** Medidas de estigma y recuperación

Variables	Instrumentos
<b>Estigma</b>	
Estigma internalizado	Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI)
Legitimidad percibida de discriminación	Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación (PL)
Identificación con el grupo	Escala de Identificación con el Grupo (GI)
Afrontamiento al estigma	Escala de Afrontamiento al Estigma (CSS)
<b>Recuperación subjetiva</b>	
Expectativas de recuperación	Escala de Evaluación de la Recuperación (RAS)
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)
Autoeficacia	Escala de Autoeficacia General (GSS)
<b>Recuperación clínica</b>	
Psicopatología	Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)
Funcionamiento social	Escala de Funcionamiento Social (SFS)
Conciencia de enfermedad	Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)

#### 8.1.4. Procedimiento

Todas las personas atendidas en los CRPSL fueron diagnosticadas previamente y derivadas desde las Unidades de Salud Mental por su facultativo de referencia (psiquiatra y/o psicólogo clínico). Los participantes fueron informados de los detalles de la investigación y manifestaron por escrito su consentimiento a participar en el estudio. La evaluación del funcionamiento cognitivo fue realizada antes del inicio de la fase de intervención del estudio II. Los psicólogos que evaluaron el funcionamiento cognitivo fueron los psicólogos de referencia de cada participante. El orden de administración de las pruebas en la evaluación de cada participante fue balanceado previamente y tuvo una duración aproximada de 90 minutos. Antes de la recogida de datos, se realizó una sesión de entrenamiento en la administración de las pruebas con los psicólogos miembros del equipo evaluador para unificar la aplicación de los protocolos de evaluación.

#### 8.1.5. Análisis

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia para analizar los datos sociodemográficos y clínicos así como las puntuaciones en las diferentes pruebas neuropsicológicas. Para comprobar la primera hipótesis sobre la contribución del estado cognitivo en la predicción de las variables sobre las que el PAREI había

resultado eficaz (**Hipótesis 3.1.**) se calculó la puntuación cambio o PC, obtenida mediante la resta de las puntuaciones obtenidas en T2 menos las obtenidas en T1 en cada una de las cuatro variables que en el Estudio II habían mostrado un efecto de interacción (Grupo x Tratamiento). Posteriormente se realizaron correlaciones entre las puntuaciones cambio (PC) de las variables mencionadas con las puntuaciones de los test neuropsicológicos. Los análisis de correlación tenían el objetivo de reducir el conjunto inicial de variables predictoras para la regresión. Las puntuaciones de las pruebas neuropsicológicas que correlacionaron se introdujeron en un modelo de regresión lineal múltiple (método introducir).

Para comprobar la segunda hipótesis sobre la relación entre el estado cognitivo y el rendimiento de los pacientes en el PAREI (**Hipótesis 3.2.**), se calculó la PC en todas las variables de estigma y recuperación. Posteriormente se dividió a los pacientes en sucesivos grupos, en función de si habían mejorado o no en cada una de las variables, obteniendo tantos pares de grupos como variables analizadas. Dependiendo de la interpretación de las puntuaciones de cada variable los grupos que mejoraban y no mejoraban se calcularon con dos procedimientos distintos. En primer lugar en las variables cuya mejoría viene indicada por una reducción de la puntuación T2 en comparación con la T1 (por ejemplo ISMI-Total), el grupo que mejoraba estaba formado por los participantes con una PC menor a 0 y por tanto de signo negativo mientras que los participantes que no mejoraban fueron los que presentaban una PC igual o mayor a 0. En segundo lugar en las variables cuya mejoría viene indicada por un aumento de la puntuación T2 en comparación con la T1 (por ejemplo SFS), el grupo que mejoraba estaba formado por los participantes con una PC mayor a 0 y por tanto de signo positivo mientras los participantes que no mejoraban fueron los que presentaban una PC igual o menor a 0 y por tanto de signo negativo. Una vez formados los grupos de participantes que mejoraron y que no mejoraron en cada una de las variables (denominados a partir de ahora grupos Mejoría y No Mejoría, respectivamente) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica para comparaciones entre dos muestras independientes) para confirmar la presencia de diferencias entre los participantes que mejoraban y los que no en cada variable resultado. También se procedió a comparar mediante la prueba U de Mann-Whitney la

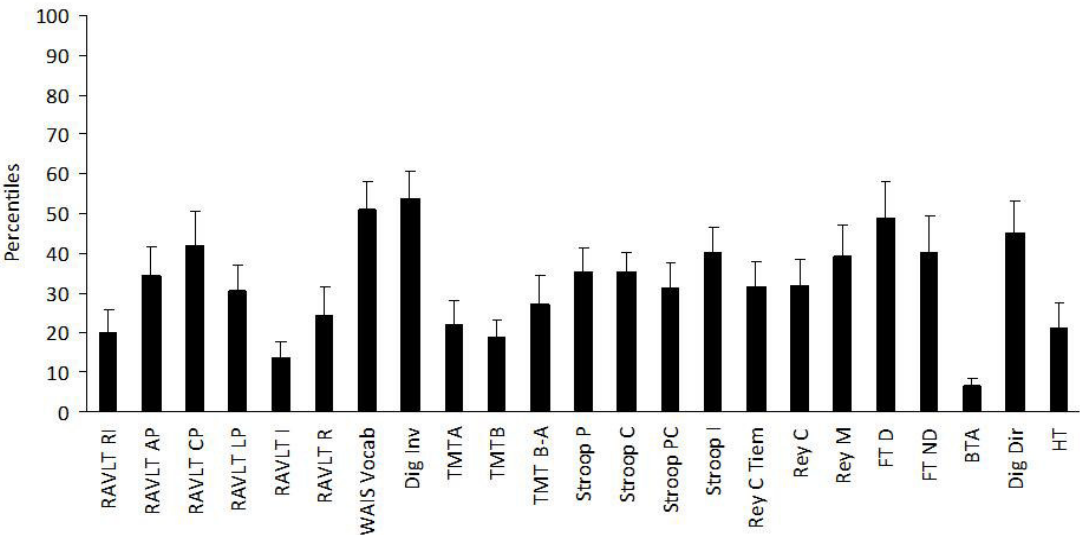


edad y los años de educación entre los pares de grupos para garantizar la ausencia de diferencias previas en estas variables. En último lugar, y con el fin de responder si las diferencias encontradas en las variables sobre las que se había intervenido estaban moduladas por las diferencias en rendimiento cognitivo evaluadas antes del programa, se procedió a realizar un conjunto de comparaciones entre las puntuaciones neuropsicológicas de los grupos (Mejoría versus No Mejoría) mediante la prueba U de Mann-Whitney. El nivel de significación adoptado para todos los análisis fue de  $\alpha < 0.05$ . Todos los análisis fueron realizados mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 17.0.

## 8.2. Resultados

### 8.2.1. Funcionamiento cognitivo de la muestra

La Figura 8.1. representa las puntuaciones percentiles de los participantes en las pruebas neuropsicológicas y la Tabla 8.5. muestra los estadísticos descriptivos de dichas pruebas.



**Figura 8.1.** Puntuaciones percentiles de las pruebas neuropsicológicas en los participantes del grupo experimental (n=19). RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP:, ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III Vocabulario: Subtest de Vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HI: Test de las Insinuaciones.

**Tabla 8.5.** Datos descriptivos de las pruebas cognitivas en el grupo experimental

Prueba neuropsicológica	N	Media	E.T.	Rango
RAVLT RM	19	5,47	0,39	2-8
RAVLT AP	19	43,53	2,82	17-64
RAVLT CP	19	8,58	0,96	0-15
RAVLT LP	19	8,74	0,86	2-15
RAVLT R	19	10,24	0,82	3,5-15
RAVLT I	19	4,58	0,42	0-8
WAIS-III Voc	19	39,79	2,8	19-66
WAIS-III Dig Inv	19	4,37	0,32	2-7
TMT-A	19	55,53	5,45	24-100
TMT-B	16	138,38	23,67	54-404
TMT B-A	16	89,19	22,88	17-357
Stroop P	18	91,22	3,2	71-120
Stroop C	18	61,61	1,92	47-74
Stroop P-C	18	32,89	2,22	17-53
Stroop I	18	-3,71	1,91	-19,16-9,59
Rey C Tiem	19	231,53	29	90-541
Rey C	19	28,24	1,28	16-35
Rey M	18	15,97	2,05	0,5-30
FT D	19	49,51	3,6	22-76
FT ND	19	44,65	2,98	22-70
BTA	18	10,83	0,83	3-15
WAIS-III Díg Dir	19	5,47	0,32	4-8
HT	19	7,84	0,4	5-10

*Nota.* RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop condición Palabra; Stroop C: Test de Stroop condición Color; Stroop P-C: Test de Stroop condición Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones.

La transformación a percentiles de las puntuaciones de las pruebas cognitivas mostró que los participantes tuvieron un percentil menor a 50 en todos los factores excepto en el factor Comprensión verbal evaluado por la prueba de *Vocabulario* del WAIS (percentil 51) y en el factor Velocidad de procesamiento y Funciones Ejecutivas aunque únicamente en las puntuaciones de la prueba de *Dígitos Inversos* del WAIS que correspondían a un percentil 53,7. El factor donde peor puntuaron se observó fue en Atención donde obtuvieron un percentil de 6,5 en el *Test Breve de Atención*. En los factores Funciones Ejecutivas y Velocidad de procesamiento, Memoria verbal y Atención se observó que el desempeño en alguna de las pruebas que lo evaluaban se situaba bajo el percentil 25. En Memoria visual las puntuaciones estuvieron situadas entre el percentil 32 y 39. En el factor Velocidad motora las puntuaciones se localizaron entre el percentil 40 y 49. Las puntuaciones percentiles mostrarían

importantes déficit en el funcionamiento cognitivo de los participantes del estudio en diferentes dominios cognitivos en comparación con el funcionamiento cognitivo de los controles sanos.

### **8.2.2. Predictores cognitivos de las variables eficaces tras el programa.**

Tal y como se comentó en el capítulo anterior, los ANOVAs diseñados para evaluar los cambios a lo largo de los dos momentos temporales en cada uno de los grupos de tratamiento en las variables resultados mostraron un efecto de interacción grupo x tratamiento en cuatro variables: ISMI-Alienación, PL, RAS y SFS. De esta forma los participantes del grupo experimental mostraron mejoras en estas variables tras la fase de intervención en comparación con el grupo control. Con el fin de identificar los predictores cognitivos de los cambios producidos en estas variables, se realizaron en primer lugar análisis de correlación entre las PC en las variables ISMI-Alienación, PL, RAS y SFS y las puntuaciones neuropsicológicas (ver Tabla 8.6.). Los análisis de correlaciones mostraron en primer lugar que la puntuación cambio en ISMI-Alienación correlacionaba negativamente con el tiempo en la copia de la *Figura Compleja de Rey* ( $r=-0,47$ ;  $p=0,04$ ) y positivamente con la puntuación de la memoria inmediata de la *Figura Compleja de Rey* ( $r=0,49$ ;  $p=0,037$ ), *Dígitos inversos* ( $r=0,48$ ;  $p=0,036$ ) y *Dígitos Directos* ( $r=0,46$ ;  $p=0,048$ ). La puntuación cambio en ISMI-Alienación mostró un rango de -0,83 a 0,17 indicando una menor puntuación, mayor cambio obtenido tras la intervención. Por tanto una correlación positiva indicaría que a mayores puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas mayores puntuaciones en PC, es decir menor cambio observado tras el programa. En segundo lugar PL correlacionó negativamente con *Stroop Palabra* ( $r=-0,47$ ;  $p=0,047$ ). La puntuación cambio en PL tuvo un rango de -9 a 4 indicando una menor puntuación, mayor cambio obtenido tras la intervención. Por tanto la correlación negativa indicaría que mejores puntuaciones en *Stroop Palabra* irían asociadas a menores puntuaciones en PC, es decir mayores cambios observado tras el programa. En tercer lugar SFS correlacionó positivamente con *Stroop Color* ( $r=0,53$ ,  $p=0,023$ ) y con la puntuación en la copia de la *Figura Compleja de Rey* ( $r=0,5$ ;  $p=0,03$ ). La puntuación cambio en SFS tuvo un rango de -7 a 9 indicando una mayor puntuación, mayor cambio obtenido tras la intervención. Por tanto la correlación

positiva indicaría que mejores puntuaciones en *Stroop Color* y en la puntuación de la copia de la *Figura Compleja de Rey* irían asociadas a mayores puntuaciones en PC, es decir mayores cambios observado tras el programa. Por último RAS no mostró correlaciones con ninguna de las puntuaciones neuropsicológicas analizadas.

**Tabla 8.6.** Correlaciones entre las puntuaciones cambio en ISMI-Ali y RAS y las pruebas neuropsicológicas

Test neuropsicológico	N	ALI	p	PL	p	RAS	p	SFS	P
RAVLT RM	19	-0,23	0,341	-0,02	0,951	0,08	0,748	0,35	0,148
RAVLT AP	19	-0,15	0,538	-0,05	0,846	-0,01	0,964	0,41	0,079
RAVLT CP	19	-0,07	0,791	-0,31	0,2	0,06	0,805	0,42	0,077
RAVLT LP	19	-0,08	0,742	-0,01	0,977	-0,26	0,274	0,39	0,095
RAVLT R	19	-0,14	0,555	0,3	0,216	-0,21	0,381	0,35	0,146
RAVLT I	19	-0,36	0,125	0,25	0,303	-0,38	0,108	0,18	0,451
WAIS-III Voc	19	0,01	0,976	-0,07	0,786	0,13	0,61	-0,13	0,608
WAIS-III Dig Inv	19	<b>0,48</b>	<b>0,036</b>	0,07	0,766	-0,29	0,214	0,17	0,492
TMT-A	19	-0,02	0,946	0,29	0,225	-0,24	0,319	-0,26	0,280
TMT-B	16	-0,41	0,115	-0,19	0,493	-0,37	0,154	0,17	0,536
TMT B-A	16	-0,43	0,097	-0,25	0,354	-0,34	0,204	0,23	0,398
Stroop P	18	-0,11	0,665	<b>-0,47</b>	<b>0,047</b>	-0,30	0,229	0,21	0,402
Stroop C	18	-0,02	0,932	-0,02	0,952	0,07	0,784	<b>0,53</b>	<b>0,023</b>
Stroop P-C	18	0,18	0,480	-0,2	0,423	-0,01	0,981	0,19	0,445
Stroop I	18	0,25	0,322	-0,1	0,703	0,05	0,855	-0,03	0,915
Rey C Tiem	19	<b>-0,47</b>	<b>0,040</b>	0,28	0,244	-0,01	0,972	0,04	0,879
Rey C	19	0,25	0,308	0,21	0,385	0,00	0,987	<b>0,5</b>	<b>0,03</b>
Rey M	18	<b>0,49</b>	<b>0,037</b>	0,13	0,61	0,25	0,309	0,17	0,495
FT D	19	-0,05	0,839	-0,04	0,868	0,00	0,992	0,08	0,757
FT ND	19	0,04	0,885	-0,09	0,71	0,06	0,818	0,22	0,368
BTA	18	0,05	0,837	0,31	0,21	-0,32	0,190	0,24	0,339
WAIS-III Díg Dir	19	<b>0,46</b>	<b>0,048</b>	0,02	0,94	-0,09	0,725	0,11	0,661
HT	19	0,09	0,722	0,17	0,475	0,09	0,725	0,05	0,847

**Nota.** En negrita se indican las correlaciones significativas. ALI: subescala Alienación de la Escala de Estigma Internalizado en Enfermedad mental; PL: Legitimidad Percibida de Discriminación; RAS: Escala de Evaluación de la Recuperación; SFS: Escala de Funcionamiento Social; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv.: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; Dig Dir: Dígitos directos; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; HT: Test de las Insinuaciones.

Posteriormente se hicieron tres análisis de regresión múltiple tomando como variable dependiente cada una de las PC de cada variable que había correlacionado con las puntuaciones neuropsicológicas. Para estudiar los predictores neuropsicológicos del cambio en ISMI-Alienación y considerando el reducido número de sujetos (n=19), se seleccionaron dos variables independientes para introducir en el modelo de regresión.

Las variables seleccionadas fueron las que más habían correlacionado con ISMI-Alienación, concretamente memoria inmediata de la *Figura Compleja de Rey y Dígitos inversos*. Estas dos puntuaciones se introdujeron en el modelo de regresión (método introducir) como variables independientes siendo la variable dependiente a predecir o criterio la puntuación cambio de ISMI-Alienación. El modelo resultante fue significativo ( $R^2$  corregida=0,243;  $F=3,7$ ;  $p < 0,048$ ). Sin embargo cada una de las variables no mostraron una contribución única significativa en la predicción de la puntuación cambio de ISMI-Ali (véase Tabla 8.7.).

**Tabla 8.7.** Resultados del análisis de regresión múltiple en ISMI-Alienación

**Variable dependiente: Puntuación cambio ISMI-Ali**

Variables predictoras	<i>B</i>	<i>ET(B)</i>	$\beta$	<i>p</i>	Parcial
Dígitos Inversos	0,073	0,052	0,325	0,179	0,342
Rey Memoria	0,013	0,008	0,364	0,135	0,378

*Nota.* ISMI-Ali: subescala Alienación de la Escala de Estigma Internalizado en Enfermedad mental; Rey Memoria: Puntuación memoria inmediata en el Test de la Figura Compleja de Rey.

La variable que había mostrado una correlación significativa con PL en el análisis de correlación, *Stroop Palabra*, se incluyó en el análisis de regresión simple. El modelo fue significativo ( $R^2$  corregida=0,176;  $F=4,6$ ;  $p = 0,047$ ;  $n=18$ ) y mostró que la puntuación en *Stroop Palabra* tuvo una contribución en la predicción de la PC en la variable PL en los participantes del grupo experimental tras el programa. Por último, las variables que habían mostrado una correlación significativa con SFS en el análisis de correlación se introdujeron en el modelo de regresión múltiple. En particular dicho análisis consideró *Stroop Color* y la copia de la *Figura Compleja de Rey* como variables predictoras y la PC en SFS como variable criterio. El modelo resultante fue significativo ( $R^2$  corregida=0,252;  $F=3,9$ ;  $p = 0,044$ ,  $n=18$ ). Sin embargo cada una de las variables no mostraron una contribución única significativa en la predicción de la puntuación cambio de SFS (ver Tabla 8.8.).



**Tabla 8.8.** Resultados del análisis de regresión múltiple en SFS

<b>Variable dependiente: Puntuación cambio SFS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET(B)</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>	<b>Parcial</b>
Stroop Color	0,235	0,124	0,432	0,076	0,441
Rey Copia	0,21	0,184	0,259	0,271	0,283

*Nota.* SFS: Escala de Funcionamiento Social; Stroop color: Test de Stroop, condición color; Rey Copia: puntuación en la copia del Test de la Figura Compleja de Rey.

### 8.2.3. Relación del funcionamiento cognitivo con el desempeño tras el programa

Con el objetivo de evaluar la relación del estado cognitivo de los participantes con las mejoras obtenidas tras el programa en las diferentes variables de estigma y recuperación se dividió a los participantes en dos subgrupos según la PC en cada variable: el grupo que había mejorado en la T2 respecto a la T1 y los que no habían experimentado mejoras en la T2 respecto a la T1, denominados grupo Mejoría y No Mejoría, respectivamente. Posteriormente se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar al grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación cambio de cada variable psicológica, en edad y en años de educación así como en su funcionamiento cognitivo.

En primer lugar los resultados de la prueba U de Mann-Whitney mostraron diferencias significativas en la PC de cada variable psicológica entre el grupo Mejoría y No Mejoría con una significación menor a 0,01 en todas las comparaciones (Tabla 8.9.). En segundo lugar los resultados de la prueba U de Mann-Whitney mostraron ausencia de diferencias significativas en edad y años de educación entre el grupo Mejoría y No Mejoría con valores de significación  $< 0,06$  en todos los grupos comparados, excepto en la comparación de la variable edad entre los grupos Mejoría y No Mejoría en la variable CSS-Confrontación ( $U = 8.500$ ;  $p = 0.014$ ; grupo Mejoría,  $n = 5$ ,  $33,4 \pm 1,94$ ; grupo No Mejoría,  $n = 14$ ,  $47,21 \pm 2,81$ ). Por ello, en los análisis posteriores en la variable CSS-Confrontación se comparó el desempeño neuropsicológico entre el grupo Mejoría y No Mejoría utilizando las puntuaciones percentiles en vez de las puntuaciones directas de las pruebas neuropsicológicas con el objetivo de corregir el potencial efecto de la edad y los años de educación en los resultados de las comparaciones.

**Tabla 8.9.** Comparación entre las puntuaciones cambio en las variables de estigma y recuperación en los grupos Mejoría y No Mejoría

Variables dependientes	Mejoría	No mejoría	p
ISMI	n=15 -0,26 (0,05)	n =4 0,18 (0,03)	0,003
ISMI-Ali	n =15 -0,44(0,06)	n =4 0,08(0,05)	0,002
ISMI-Apro	n =12 -0,35(0,09)	n =7 0,1 (0,04)	0,000
ISMI-Disc	n =8 -0,5(0,08)	n =11 0,35(0,15)	0,000
ISMI-Rech	n =11 -0,41(0,09)	n =8 0,33(0,09)	0,000
ISMI-Res	n =13 -0,38(0,06)	n =6 0,27(0,07)	0,000
PL	n =13 -5,92(1,17)	n =6 4,00(1,44)	0,001
GI	n =13 7,77(1,87)	n =6 -6,83(1,92)	0,001
CSS-Secreto	n =11 -0,38(0,12)	n =8 0,24(0,16)	0,000
CSS-Evitación	n =9 -0,17(0,03)	n =10 2,84(0,08)	0,000
CSS-Educación	n =9 0,44(0,06)	n =10 -0,3(0,14)	0,000
CSS-Confrontación	n =5 0,5(0,14)	n =14 -0,23(0,08)	0,000
CSS-Distanciamiento	n =3 -0,78(0,29)	n =16 0,35(0,11)	0,006
RAS	n =15 8,87(1,37)	n =4 -4,75(0,75)	0,003
RSE	n =7 -3,71(1,02)	n =12 1,25(0,48)	0,000
GSS	n =13 5,08(0,96)	n =6 -1,83(1,08)	0,000
SFS	n =12 4,33(0,76)	n =7 -3,71(1,04)	0,000
BRPS	n =12 -7,08(1,04)	n =7 2(0,9)	0,000
SUMD	n =10 -2,5(0,37)	n =9 1,44(0,34)	0,000

*Nota.* Se reportan medias (error típico); ISMI: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad mental. ISMI-Ali: subescala Alienación; ISMI-Apro: subescala Aprobación del estereotipo; ISMI-Disc: subescala Discriminación Experimentada; ISMI-Rech: subescala Rechazo Social; ISMI-Resist: subescala Resistencia al Estigma; PL: Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación; GI: Escala de Identificación con el grupo; CSS: Escala de Afrontamiento al estigma; CSS-Sec: subescala Secreto; CSS-Evi: subescala Evitación; CSS-Edu: subescala Educación; CSS-Conf: subescala Confrontación; CSS-Dist: subescala Distanciamiento; RAS: Escala de Evaluación de la Recuperación; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; GSS: Escala de Autoeficacia General; SFS: Escala de Funcionamiento social; BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; SUMD: Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental.

En tercer lugar la comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas entre el grupo Mejoría y No Mejoría en cada una de las variables psicológicas se detalla en las Tablas 8.10.-8.16. (véase Anexo III) mostrándose a continuación la significación de la prueba U de Mann-Whitney de cada comparación (Tabla 8.17.).



**Tabla 8.17.** Significación de la comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría en todas las variables dependientes).

Pruebas neuropsicológicas	ISMI	ISMI-ALI	ISMI-APRO	ISMI-DISC	ISMI-RECH	ISMI-RES	PL	GI	CSS SEC	CSS EVI	CSS EDU	CSS CONF <sup>1</sup>	CSS DIST	RSE	GSS	RAS	BPRS	SFS	SUMD
RAVLT RM	0,140	0,722	0,282	0,737	0,378	0,422	0,326	0,823	0,355	0,648	0,561	0,085	0,820	0,064	0,755	0,476	0,390	0,282	0,299
RAVLT AP	0,423	0,483	0,352	1,000	0,321	0,160	0,598	0,429	0,679	0,513	0,624	0,172	0,433	0,310	0,482	0,920	<b>0,028</b>	0,271	0,141
RAVLT CP	0,546	0,880	0,898	0,430	0,480	0,791	0,480	0,627	0,678	0,837	0,411	<b>0,038</b>	0,694	0,148	0,930	0,840	0,089	<b>0,05</b>	0,100
RAVLT LP	0,687	0,687	0,251	0,618	0,244	0,112	0,965	0,233	0,835	0,773	0,485	0,452	0,866	0,670	0,171	0,227	<b>0,007</b>	0,173	0,285
RAVLT R	0,960	0,763	0,932	0,407	0,772	0,660	0,333	0,058	0,407	0,566	<b>0,033</b>	0,393	0,911	0,767	0,355	0,802	0,373	0,203	0,652
RAVLT I	0,529	0,637	0,894	0,298	0,603	0,679	0,890	0,890	0,119	0,441	0,797	0,351	0,725	0,894	0,214	0,270	1,000	0,352	0,797
WAIS-III Voc	0,689	0,548	0,446	0,482	0,098	0,510	0,292	0,087	0,057	0,462	0,487	0,051	0,370	0,832	0,598	0,689	0,832	0,117	0,487
WAIS-III Dig Inv	0,643	0,071	0,384	0,610	0,395	0,821	0,148	0,299	0,523	0,207	0,644	0,775	0,074	0,632	0,498	0,071	0,542	0,343	0,900
TMT-A	0,161	0,764	0,091	0,342	0,741	0,826	0,726	0,539	0,342	0,220	0,307	0,164	0,180	0,128	0,430	0,516	0,800	0,176	<b>0,030</b>
TMT-B	0,362	0,952	0,515	0,368	0,832	0,515	1,000	0,865	0,711	0,515	0,875	<b>0,024</b>	<b>0,032</b>	0,587	1,000	<b>0,039</b>	0,175	0,828	0,244
TMT B-A	0,808	0,225	0,828	0,186	0,491	0,515	0,955	0,610	0,315	0,278	0,674	0,081	0,204	1,000	0,610	0,396	0,233	0,588	0,958
Stroop P	0,138	0,595	0,303	0,689	0,556	0,223	0,092	0,925	0,556	0,185	0,354	0,235	0,594	0,239	0,402	0,167	0,482	0,281	1,000
Stroop C	0,677	0,558	0,707	0,789	0,716	0,158	0,672	0,240	0,069	0,690	0,287	0,921	0,439	0,785	0,400	0,915	0,925	<b>0,031</b>	0,858
Stroop P-C	0,286	0,595	0,189	0,894	0,297	0,815	0,743	0,399	0,389	0,825	0,965	0,653	0,066	0,786	0,103	0,958	0,851	0,348	0,306
Stroop I	0,110	0,750	0,061	0,790	0,298	0,223	0,779	0,190	0,751	0,566	0,757	0,344	0,086	0,618	0,104	0,396	1,000	0,925	0,248
Rey C Tiem	0,689	<b>0,024</b>	0,099	0,409	0,620	0,054	0,861	0,599	0,247	0,775	0,111	0,431	0,314	0,352	0,095	0,689	0,583	0,899	0,902
Rey C	0,651	0,802	0,932	0,362	0,229	0,660	0,660	0,428	0,590	0,774	0,935	0,115	0,238	0,671	0,660	0,651	<b>0,024</b>	0,235	0,566
Rey M	0,594	0,111	0,325	0,266	0,786	0,925	0,743	0,888	0,189	0,200	0,627	0,346	0,906	0,650	0,490	0,595	0,606	0,542	0,689
FT D	0,317	0,424	0,272	0,869	0,215	0,380	0,219	0,380	0,741	0,072	0,327	<b>0,028</b>	0,146	0,091	0,293	0,841	0,673	0,933	0,288
FT ND	0,549	0,317	0,398	0,804	0,322	0,380	0,335	0,483	0,509	0,072	0,191	<b>0,020</b>	0,094	0,108	0,380	0,764	0,447	0,554	0,142
BTA	0,217	1,000	0,615	0,590	<b>0,035</b>	0,369	0,925	0,705	0,855	0,445	0,503	0,918	0,402	0,615	0,273	0,520	0,293	0,85	0,323
WAIS-III Díg Dir	0,566	<b>0,027</b>	0,427	0,438	0,635	0,184	0,855	0,552	0,365	0,327	0,798	0,176	0,381	0,332	0,680	0,434	0,895	0,637	0,495
HT	0,798	0,838	0,386	0,672	0,330	0,208	0,393	0,261	<b>0,047</b>	0,706	0,586	0,275	0,207	0,603	0,445	1,000	0,729	0,341	0,900

Nota. <sup>1</sup> Se ha comparado las puntuaciones percentiles; En negrita se indica la significación <0,05; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; Dig Dir: Dígitos directos; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; HI: Test de las Insinuaciones; ISMI: Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad mental; ISMI-Ali: subescala Alienación; ISMI-Apro: subescala Aprobación del estereotipo; ISMI-Disc: subescala Discriminación Experimentada; ISMI-Rech: subescala Rechazo Social; ISMI-Resist: subescala Resistencia al Estigma; PL: Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación; GI: Escala de Identificación con el grupo; CSS: Escala de Afrontamiento al estigma; CSS-Sec: subescala Secreto; CSS-Evi: subescala Evitación; CSS-Edu: subescala Educación; CSS-Conf: subescala Confrontación; CSS-Dist: subescala Distanciamiento; RAS: Escala de Evaluación de la Recuperación; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; GSS: Escala de Autoeficacia General; SFS: Escala de Funcionamiento social; BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; SUMD: Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental.



### **Relación del funcionamiento cognitivo y el desempeño en variables de estigma internalizado.**

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación ISMI-Alienación mostró un peor rendimiento del grupo Mejoría tanto en la puntuación tiempo de la FTCT-copia ( $U=7,5$ ,  $p=0,024$ ;  $259,07\pm32,89$  y  $128,25\pm22,97$ , respectivamente; Tabla 8.10.) como en la puntuación de Dígitos directos ( $U=7$ ,  $p=0,02$ ,  $5,07\pm0,3$  y  $7\pm0,58$ ), respectivamente; Tabla 8.10.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.2).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación ISMI-Rechazo mostró un mejor rendimiento en la puntuación BTA en el grupo Mejoría ( $U=15,5$ ,  $p=0,035$ ,  $12,36\pm0,73$  y  $8,43\pm1,45$ , respectivamente; Tabla 8.11.), no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.3).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación CSS-Secreto mostró un peor rendimiento en la puntuación HT en el grupo Mejoría ( $U=20,5$ ,  $p=0,047$ ,  $7,25\pm0,51$  y  $8,63\pm0,56$ , respectivamente; Tabla 8.13.), no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.4).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación CSS-Educación mostró un mejor rendimiento en la puntuación RAVLT Reconocimiento en el grupo Mejoría ( $U=19$ ,  $p=0,033$ ,  $11,89\pm1,03$  y  $8,75\pm1,09$ , respectivamente; Tabla 8.14.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.5).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación CSS-Confrontación mostró un mejor rendimiento en el grupo Mejoría en las puntuaciones percentiles RAVLT-Corto Plazo ( $U=13$ ,  $p=0,038$ , puntuación directa  $12,6\pm1,29$  y  $7,14 \pm0,98$ , respectivamente; Tabla 8.14.), TMT-B ( $U=8,5$ ,  $p=0,24$ , puntuación directa  $75,6\pm4,86$  y  $166,91\pm30,94$ , respectivamente; Tabla 8.14.), FT D ( $U=11,5$ ,  $p=0,028$ , puntuación directa  $59,96\pm3,12$  y  $47,41\pm4,25$ , respectivamente; Tabla

8.14.) y FT ND ( $U=10$ ,  $p=0,02$ , puntuación directa  $53,28\pm4,3$  y  $39,94\pm3,4$ , respectivamente Tabla 8.14.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.6.).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación CSS-Distanciamiento mostró un mejor rendimiento en la puntuación TMT-B en el grupo Mejoría ( $U=0,5$ ,  $p=0,032$ ;  $59,5\pm5,5$  y  $149,64\pm25,69$ , respectivamente Tabla 8.14.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.7.).

#### **Relación del funcionamiento cognitivo y el desempeño en variables de recuperación.**

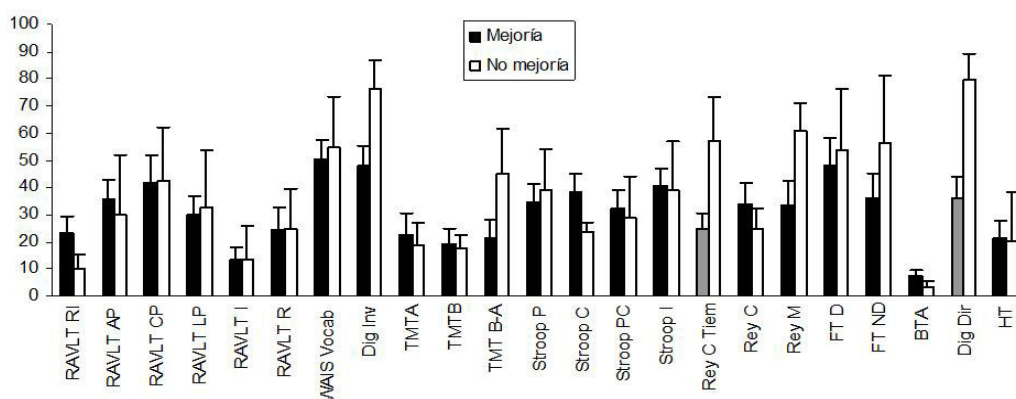
La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación RAS mostró un mejor rendimiento en la puntuación TMT-B en el grupo Mejoría ( $U=7$ ,  $p=0,039$ ,  $114,25\pm19,99$  y  $210,75\pm66,93$ , respectivamente; Tabla 8.15.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.8).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación BPRS mostró un mejor rendimiento en el grupo Mejoría en las puntuaciones RAVLT-Aprendizaje ( $U=16$ ,  $p=0,028$ ,  $48,33\pm3,2$  y  $35,29\pm3,85$ , respectivamente; Tabla 8.13.), RAVLT-Largo Plazo ( $U=10,5$ ,  $p=0,007$ ,  $10,33\pm0,95$  y  $6\pm1,11$ , respectivamente; Tabla 8.16.) y en la copia de la FTCT ( $U=15,5$ ,  $p=0,024$ ,  $30,25\pm1,57$  y  $24,79\pm1,6$ , respectivamente; Tabla 8.16.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.9.).

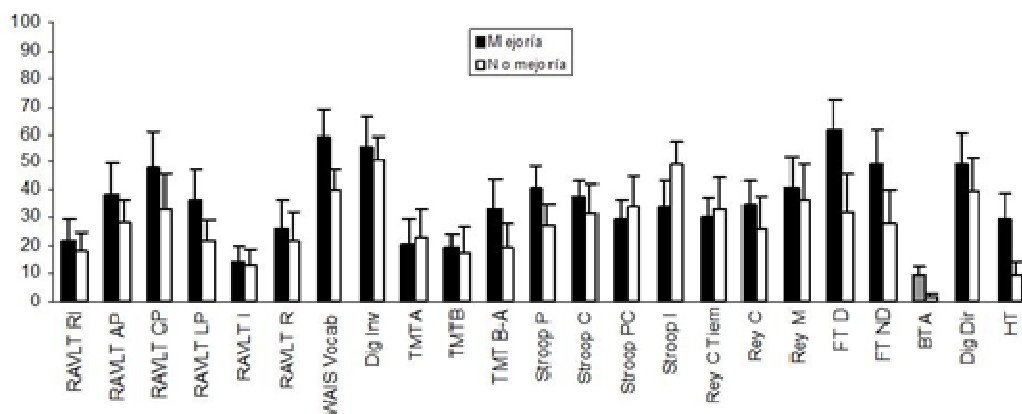
La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación SFS mostró un mejor rendimiento del grupo Mejoría en las puntuaciones RAVLT-Corto Plazo ( $U=19$ ,  $p=0,05$ ,  $10,08\pm0,98$  y  $6\pm1,68$ , respectivamente; Tabla 8.16.) y Stroop-C ( $U=13$ ,  $p=0,31$ ,  $64,42\pm2,13$  y  $56\pm2,87$ , respectivamente; Tabla 8.16.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.10.).

La comparación del rendimiento cognitivo entre el grupo Mejoría y No Mejoría en la puntuación SUMD mostró un mejor rendimiento en la puntuación TMT-A en el grupo Mejoría ( $U=18,5$ ,  $p=0,03$ ,  $44,6 \pm 5,71$  y  $64,67 \pm 8,07$ , respectivamente; Tabla 8.16.) no diferenciándose en el resto de puntuaciones neuropsicológicas (Figura 8.11.).

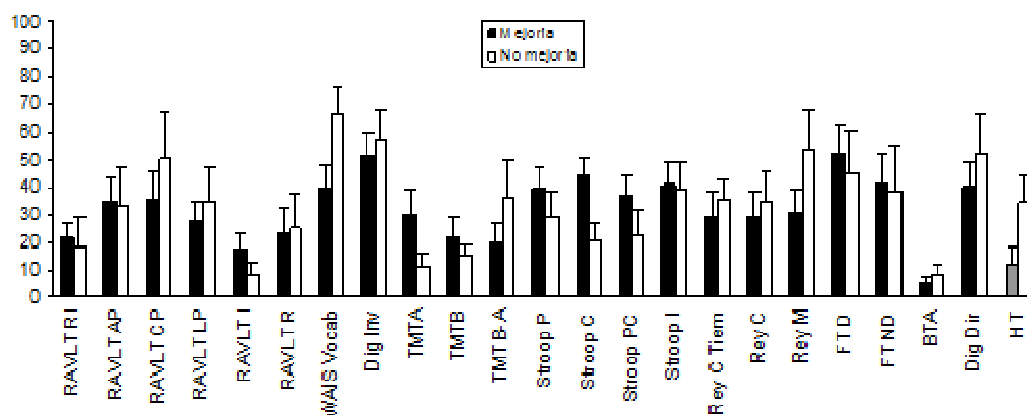
Los resultados no evidenciaron diferencias significativas en las puntuaciones neuropsicológicas entre el grupo Mejoría y No Mejoría en el resto de variables de estigma y recuperación subjetiva (ISMI-Total, ISMI-Aprobación, ISMI-Discriminación, ISMI-Resistencia, PL, GI, CSS-Evi, RSE y GSS.; Tablas 8.10., 8.11., 8.12., 8.13., 8.15.).



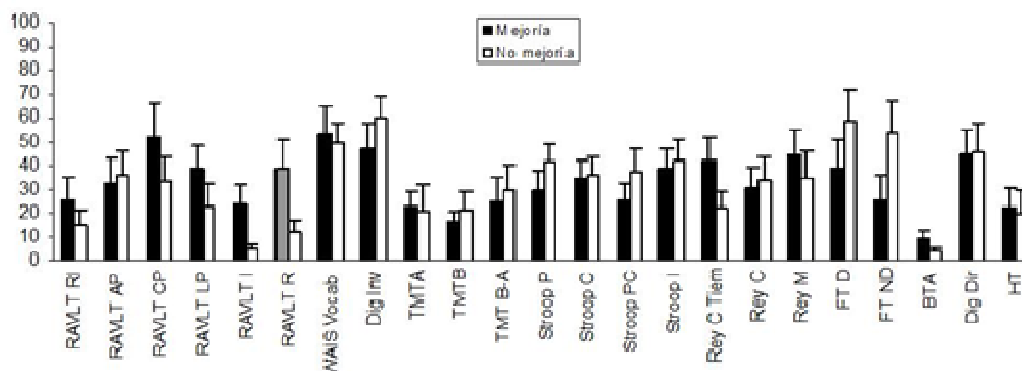
**Figura 8.2.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en ISMI-Alienación. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una menor puntuación percentil y por tanto un peor desempeño en el tiempo de la copia de la *Figura Compleja de Rey* (Rey C Tiem) y en *Digitos Directos* (Dig Dir) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia de No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



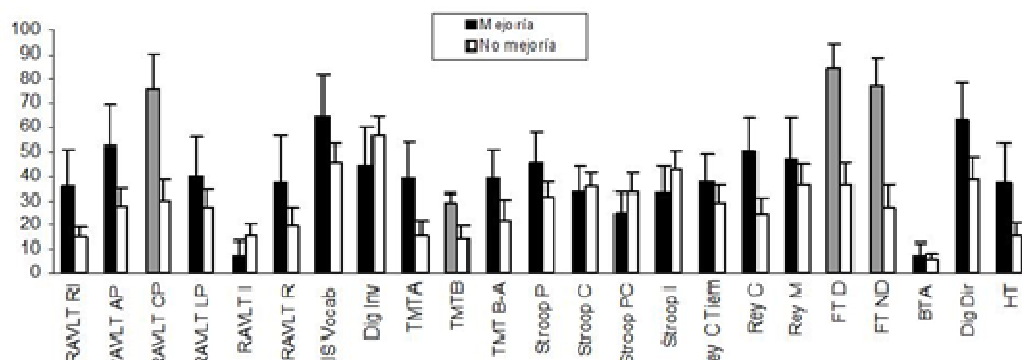
**Figura 8.3.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en ISMI-Rechazo. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en el *Test Breve de Atención* (BTA) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



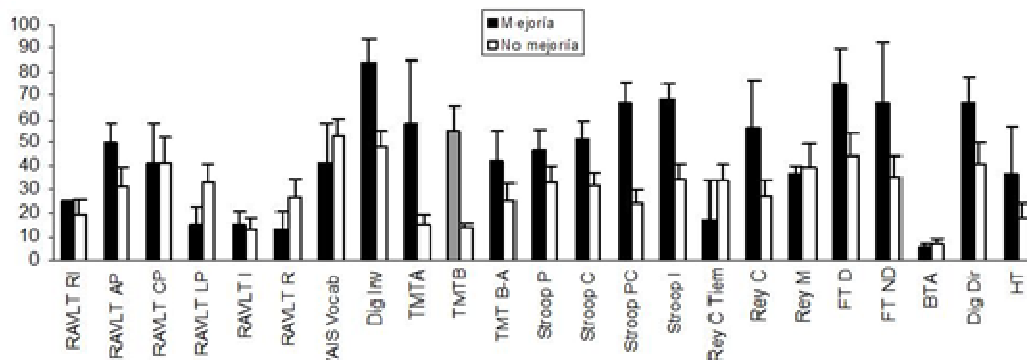
**Figura 8.4.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos que Mejoría y No Mejoría en CSS-Secreto. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una menor puntuación percentil y por tanto un peor desempeño en el *Test de las insinuaciones* (HT) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



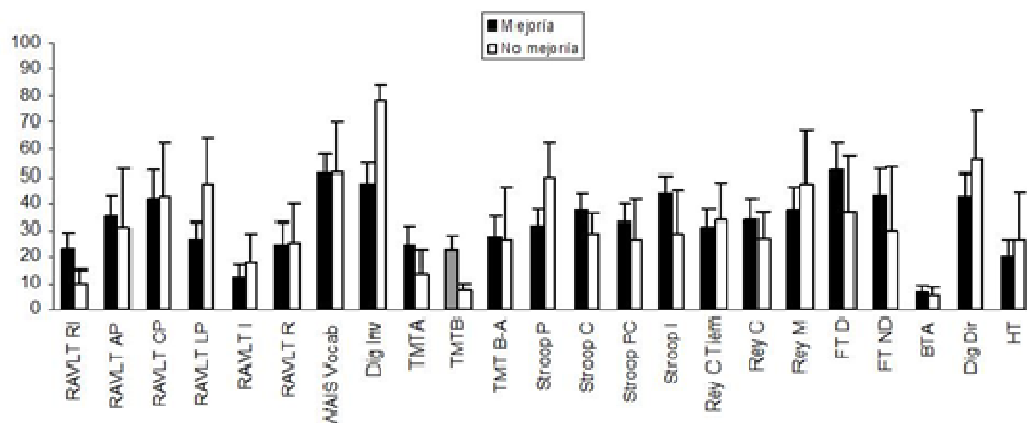
**Figura 8.5.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Educación. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en la subescala de reconocimiento del *Test Auditivo Verbal de Rey* (RAVLT-R) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



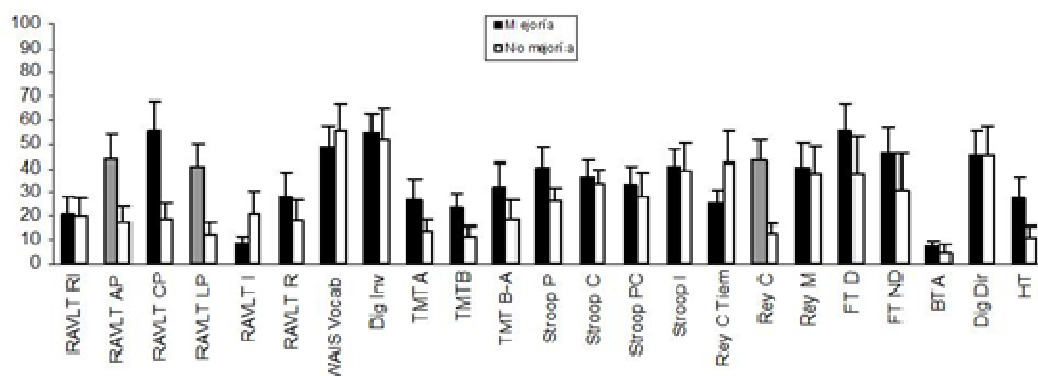
**Figura 8.6.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Confrontación. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en el *Test Auditivo Verbal de Rey-corto plazo* (RAVLT-CP), en la parte B del *Trail Making Test* (TMT-B) y en el *Finger Tapping* con la mano dominante y no dominante (FT D y FT ND, respectivamente) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



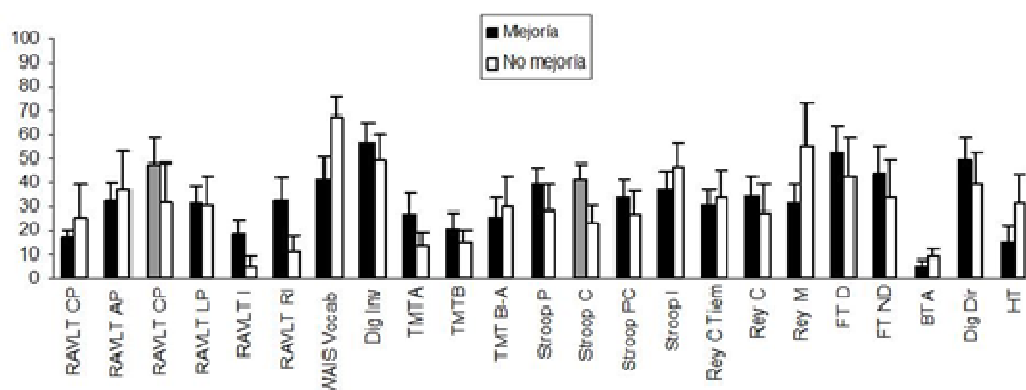
**Figura 8.7.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en CSS-Distanciamiento. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mejor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en la parte B *del Trail Making Test* (TMT-B) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



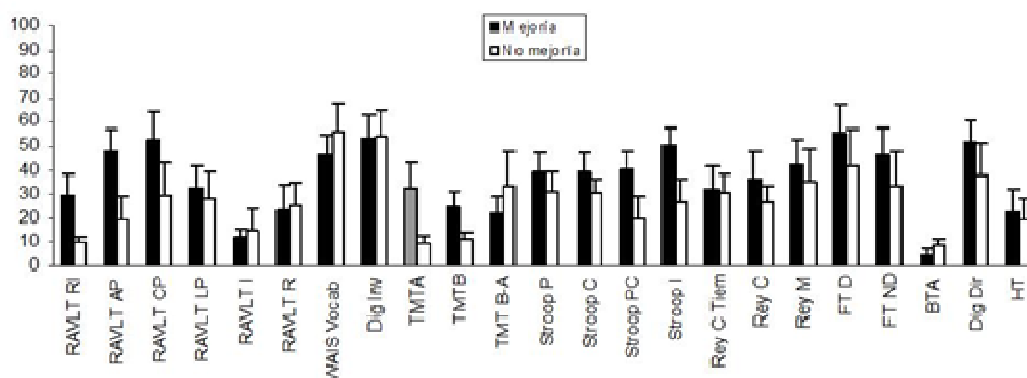
**Figura 8.8.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en RAS. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en la parte B *del Trail Making Test* (TMT-B) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



**Figura 8.9.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en BPRS. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en las subescalas aprendizaje y recuerdo a largo plazo del *Test Auditivo Verbal de Rey* (RAVLT AP y RAVLT LP, respectivamente) y en la copia de la *Figura Compleja de Rey* (Rey C) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



**Figura 8.10.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en SFS. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en la subescala recuerdo a corto plazo del *Test Auditivo Verbal de Rey* (RAVLT CP) aunque con una significación marginal y en la condición color del *Test de Stroop* (Stroop C) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.



**Figura 8.11.** Puntuaciones neuropsicológicas en los grupos Mejoría y No Mejoría en SUMD. El color gris indica las diferencias significativas. El grupo Mejoría tiene una mayor puntuación percentil y por tanto un mejor desempeño en la parte A del *Trail Making Test* (TMT-A) en comparación con el grupo No Mejoría. El grupo Mejoría no se diferencia del grupo No Mejoría en el resto de puntuaciones neuropsicológicas.

### 8.3. Discusión.

El objetivo del estudio III fue clarificar la influencia de las alteraciones cognitivas en los resultados obtenidos en los participantes de un programa de reducción del estigma internalizado. Mientras trabajos previos han analizado la contribución de las alteraciones cognitivas en la adquisición de beneficios tras diferentes programas de rehabilitación y tratamiento en personas con esquizofrenia (Brekke, Kohrt y Green, 2001; Jahn et al., 2011; Kurtz et al., 2008; Penadés et al., 2010; Premkumar et al., 2011; Prouteau et al., 2005; Ücok et al., 2006), hasta la fecha no existen estudios sobre predictores cognitivos de los programas de reducción del estigma internalizado en el TMG. Así los resultados presentados podrían ser relevantes a la hora de establecer una correspondencia entre el perfil cognitivo de los participantes de un programa de reducción del estigma internalizado y los beneficios obtenidos en este tipo de intervenciones. En última instancia los resultados podrían ser de utilidad para mejorar y maximizar la eficacia de dichas intervenciones. Por ello se analizó la contribución del funcionamiento cognitivo a los resultados de un programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado mediante la metodología del análisis de regresión múltiple así como de comparación de grupos independientes. En los siguientes



apartados se revisarán las implicaciones de los resultados en relación a las dos hipótesis planteadas.

### **8.3.1. Predictores cognitivos de la eficacia de un programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado.**

Se planteó la hipótesis sobre la contribución que el estado cognitivo podría tener en la eficacia de un programa de afrontamiento y reducción de estigma internalizado (**Hipótesis 3.1**). Así mientras en el estudio II se evidenció que el programa resultó eficaz en la reducción de la dimensión emocional del estigma y la legitimidad percibida de discriminación, así como en mejorar las expectativas de recuperación y el funcionamiento social, el presente estudio trató de clarificar la contribución del estado cognitivo en los cambios observados en dichas variables. Los resultados permitieron confirmar parcialmente la hipótesis propuesta. Así por un lado se evidenció que la velocidad de procesamiento y las habilidades perceptivas contribuyeron al cambio en el funcionamiento social y la legitimidad percibida de discriminación tras el programa de reducción del estigma internalizado. Por otro lado las funciones ejecutivas y la memoria visual contribuyeron al cambio en la dimensión emocional del estigma internalizado tras la fase de intervención aunque el signo de las relaciones entre dichas variables se mostró en una dirección no esperada. Por último no se evidenció capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en las expectativas de recuperación tras el programa de reducción del estigma internalizado. A continuación se discutirá cada uno de los resultados observados y la ausencia de los mismos.

En primer lugar los resultados mostraron por un lado que la velocidad de procesamiento medida con la condición Color del *Test de Stroop* (Golden, 1994) y las habilidades perceptivas, medidas con la copia de *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 1987), predijeron de forma conjunta el cambio en el funcionamiento social tras el programa de intervención en estigma internalizado explicando un 25,2% del porcentaje de varianza de la puntuación cambio (Tabla 8.8.). Por otro lado los resultados del presente trabajo evidenciaron que la velocidad de procesamiento medida con la condición Palabra del *Test de Stroop* contribuyó al cambio en la

legitimidad percibida de discriminación tras el programa de intervención en estigma internalizado explicando un 17,6% del porcentaje de varianza de la puntuación cambio. Mientras estudios previos han puesto de manifiesto la relación entre la velocidad de procesamiento y el funcionamiento social en personas con esquizofrenia (Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005), hasta la fecha no existen trabajos que asociaran la velocidad de procesamiento con la legitimidad percibida de discriminación. No obstante en el trabajo de Galderisi et al., (2014) se evidenció la relación entre un mejor funcionamiento cognitivo global con un bajo estigma internalizado. En dicho trabajo el funcionamiento cognitivo incluyó el desempeño en tareas que implicaron la velocidad de procesamiento pero también dominios cognitivos como la atención, la memoria operativa, memoria verbal y visual así como la solución de problemas. En el presente estudio fue la velocidad de procesamiento, y no otros dominios cognitivos, la variable que explicó en ambos modelos de regresión el cambio en el funcionamiento social y en la legitimidad percibida de discriminación tras la intervención. En la revisión de estudios sobre predictores cognitivos no se evidenció que el desempeño en pruebas que miden velocidad de procesamiento tuviera una contribución en los resultados obtenidos tras los programas (ver Capítulo 4). Sin embargo la velocidad de procesamiento refleja la velocidad a la que pueden realizarse una serie de operaciones cognitivas (Ríos-Lago et al., 2012). Como se ha comentado con anterioridad (Capítulo 4) pese a que no puede ser considerada un proceso cognitivo en sí misma, un adecuado funcionamiento cognitivo depende a menudo en cómo de rápido dichos mecanismos son implementados (Ríos-Lago y Periañez, 2010). A este respecto diferentes trabajos han destacado la relevancia de la velocidad de procesamiento como un aspecto del funcionamiento cognitivo que podría mediar las alteraciones en otros dominios cognitivos (Andersen et al., 2013; Rodríguez-Sánchez, Crespo-Facorro, González-Blanch, Pérez-Iglesias y Vázquez-Barquero, 2007). El presente trabajo destaca de forma innovadora el papel que la velocidad de procesamiento junto a las habilidades visuoperceptivas tendría en la predicción del cambio en el funcionamiento social y en la legitimidad percibida de discriminación en los participantes de un programa de reducción del estigma internalizado.

En segundo lugar la contribución de las funciones ejecutivas y de la memoria visual al cambio en la dimensión emocional del estigma sería un resultado no esperado que se discutirá a continuación. Así los resultados mostraron que la memoria visual medida con la puntuación memoria del *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 1987) y las funciones ejecutivas medidas con la prueba de *Dígitos inversos* (Wechsler, 1999) predecían conjuntamente el cambio obtenido en la dimensión emocional del estigma internalizado tras la fase de intervención explicando un 24.3% del porcentaje de varianza de la puntuación cambio. Sin embargo esta relación fue contraria a la esperada, ya que mayores déficit en memoria visual y en funciones ejecutivas se relacionaron con un mayor cambio en la dimensión emocional del estigma internalizado tras el programa. Pese a que este resultado sería contrario al evidenciado en el trabajo de Galderisi et al., (2014) comentado con anterioridad, resulta de interés destacar que otros trabajos previos han mostrado igualmente relaciones no esperadas entre mayores déficit cognitivos y resultados favorables de recuperación. Por ejemplo, en el trabajo de Prouteau et al., (2005) se evidenció la contribución de los déficit en atención a una mayor calidad de vida tras un programa integrado de rehabilitación en personas con esquizofrenia. A este respecto Brekke et al., (2001) han propuesto que los déficit cognitivos, concretamente en las funciones ejecutivas, podrían moderar la relación entre el funcionamiento social en personas con esquizofrenia con mejores experiencias subjetivas concretamente en su autoestima y satisfacción con la vida. En el trabajo de estos autores se evidenció que mientras las personas con las funciones ejecutivas alteradas presentaban una clara asociación positiva entre el funcionamiento social con la autoestima y la satisfacción con la vida, la relación entre estas dos variables fue negativa para las personas con unas funciones ejecutivas preservadas. Estos autores sugirieron que los déficit en las funciones ejecutivas supondrían una dificultad para establecer juicios autoreferenciales complejos, lo que podría conllevar juicios más favorables en relación a uno mismo y su propia vida (Brekke et al., 2001). De forma similar Lysaker et al., (2002) destacaron que las personas con unas funciones ejecutivas más deficitarias tendrían valoraciones menos precisas de los déficit y dificultades asociadas a la esquizofrenia. Por el contrario unas funciones ejecutivas preservadas fomentarían el establecimiento de valoraciones más realistas de uno mismo y podrían contribuir a unas menores expectativas de futuro (Lysaker, Bryson,

Marks, Greig y Bell, 2004). Mientras los resultados de estos trabajos podrían explicar que en el presente trabajo los déficit en las funciones ejecutivas contribuyan junto a los déficit en memoria visual a la mejoría en la dimensión emocional del estigma internalizado tras un programa de intervención, no aclararían la ausencia de capacidad predictiva de los procesos cognitivos, incluida las funciones ejecutivas, en otras variables subjetivas como las expectativas de recuperación. Teniendo en cuenta estos resultados en conjunto no podría afirmarse que el deterioro cognitivo general o específico en las funciones ejecutivas sea un elemento protector ante el estigma internalizado o pueda facilitar el cambio en dicho fenómeno. De hecho otro trabajo evidenció que las alteraciones cognitivas concretamente en la atención, proceso estrechamente vinculado a las funciones ejecutivas, se ha asociado a una mayor internalización del estigma (Lysaker et al., 2009). Teniendo en cuenta los resultados no esperados en el presente trabajo así como los de otros previos cabría preguntarse si mayores alteraciones cognitivas favorecerían cambios solo en la dimensión emocional del estigma internalizado mientras perjudicarían el cambio en el estigma internalizado de forma global o en su dimensión cognitiva, i.e., la legitimidad percibida de discriminación, o en su dimensión conductual.

En tercer lugar los resultados mostraron que el cambio obtenido tras el programa en las expectativas de recuperación no fueron predichos por el desempeño en ninguna prueba neuropsicológica. De esta forma en el presente estudio, el funcionamiento cognitivo no parece tener un papel fundamental en la mejora de las expectativas de recuperación tras el programa de reducción de estigma internalizado. Como se expuso en el Capítulo 4, diferentes trabajos han estudiado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en los resultados obtenidos tras diferentes programas de intervención en personas con TMG como son los programas de psicoeducación, habilidades sociales, programas integrales de rehabilitación y TCC (Brekke et al., 2007; Garety et al., 1997; Granholm et al., 2008; Jahn et al., 2011; Kurtz et al., 2008; Leclerc et al., 2000; Lincoln et al., 2014; Penadés et al., 2010; Premkumar et al., 2011; Prouteau et al., 2005; Smith et al., 1999; Ücok et al., 2006). Sin embargo ninguno de estos trabajos ha evaluado la relación del estado cognitivo con la mejora de la

percepción subjetiva de recuperación por lo que los resultados del presente trabajo son difícilmente comparables con los aportados por los estudios previos.

### **8.3.2. Relación del funcionamiento cognitivo con los resultados de un programa de reducción del estigma internalizado**

Se planteó la hipótesis sobre la influencia que el funcionamiento cognitivo podría tener en las mejoras obtenidas tras el programa en todas las variables psicológicas evaluadas (**Hipótesis 3.2.**). El estudio II mostró que el programa de reducción del estigma internalizado produjo mejoras clínicas, aunque no fueran estadísticamente significativas, en variables de estigma y de recuperación. En el presente estudio se evaluó si los participantes que mostraron dichas mejoras se diferenciaban de los que no mejoraron, en algún dominio de su funcionamiento cognitivo. El presente trabajo mostró tres tipos de resultados. Por un lado los resultados mostraron que un mejor desempeño en ciertos dominios cognitivos, i.e., memoria verbal, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, habilidades perceptivas, atención y velocidad motora se relacionó con mejoras en ciertas variables de estigma internalizado y recuperación clínica y subjetiva tras el programa. Por otro lado los resultados indicaron que un peor desempeño en ciertos dominios cognitivos, i.e., atención, habilidades perceptivas y cognición social, se relacionaron con mejoras en ciertas variables de estigma internalizado. Por último los resultados mostraron que el desempeño cognitivo no tuvo ningún papel en la mejora de ciertas variables de estigma internalizado y de recuperación subjetiva. Estos tres tipos de resultados se discutirán a continuación.

En primer lugar los resultados mostraron que los participantes que mejoraron en ciertas variables tras el programa de reducción del estigma internalizado presentaban una mejor memoria verbal, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, habilidades perceptivas, atención y velocidad motora que los que no mejoraron en dichas variables (Tabla 8.11.-8.16.). De forma específica los participantes que mejoraron tras la fase de intervención en la dimensión conductual del estigma, las estrategias de afrontamiento al estigma, las expectativas de recuperación, la

sintomatología, el funcionamiento social y la conciencia de enfermedad, presentaban un mejor funcionamiento en alguno de esos dominios cognitivos. Concretamente los participantes que mejoraron en la estrategia de educación y confrontación, la sintomatología y el funcionamiento social presentaban mejor memoria verbal medida por alguna de las subescalas del *Test Auditivo Verbal de Rey* (Spreen y Strauss, 1998) que los participantes que no mejoraron en dichas variables (Figura 8.5., 8.6., 8.9. y 8.10, respectivamente). Los participantes que aumentaron su conciencia de enfermedad y su funcionamiento social tras la fase de intervención mostraron una mayor velocidad de procesamiento medida por la parte A del *Trail Making Test (TMT)*; (Lezak et al., 2004) y por la condición Color del *Test de Stroop* (Golden, 2001), respectivamente (Figura 8.11 y 8.10). Los participantes que mejoraron en las estrategias de confrontamiento y distanciamiento así como en las expectativas de recuperación tras la fase de intervención, mostraron mejores funciones ejecutivas medidas por la parte B del *Trail Making Test* (Lezak et al., 2004; Figura 8.6., 8.7 y 8.8.). Los participantes que mejoraron en sintomatología tras la fase de intervención presentaron mejores habilidades perceptivas medida por la copia de la *Figura Compleja de Rey* (Rey, 1987; Figura 8.9.). Los participantes que mejoraron en la dimensión conductual del estigma internalizado tras la fase de intervención mostraron mejor atención medida por el *Test Breve de Atención* (Schretlen et al., 1996; Figura 8.3.). Los participantes que mejoraron en el uso de la estrategia de confrontación tras la fase de intervención mostraron mayor velocidad motora medida por el *Finger Tapping* (Spreen y Strauss, 1998; Figura 8.6.). Trabajos previos han destacado el papel que la memoria, la atención y las funciones ejecutivas podrían tener en la adquisición de diferentes programas de rehabilitación (Jahn et al., 2011; Kurtz et al., 2008; Prouteau et al., 2005; Ücok et al., 2006). De forma específica en dichos trabajos la memoria verbal ha mostrado un papel destacado al igual que el presente trabajo donde la memoria fue el dominio que se relacionó con la mejora en un mayor número de variables.

En segundo lugar los resultados mostraron que los participantes que mejoraron en ciertas variables tras el programa de reducción del estigma como en la dimensión emocional del estigma internalizado y en la estrategia del secreto presentaban una

peor atención, habilidades perceptivas y cognición social que los que no mejoraron en dichas variables. Concretamente los participantes que mejoraron en la dimensión emocional del estigma internalizado mostraron peor atención medida con la prueba de *Dígitos Directos* (WAIS-III; Wechsler, 1999) y eran más lentos en realizar una tarea de memoria visual medido por el tiempo de la copia del *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 1987; Figura 8.2.). Este resultado es análogo al encontrado en el modelo de regresión múltiple, discutido en la sección anterior, donde un empeoramiento en memoria visual y funciones ejecutivas predijo un mayor cambio en la dimensión emocional del estigma internalizado. Igualmente los participantes que mejoraron en la estrategia de mantener en secreto el trastorno mental mostraron peor cognición social, concretamente peor teoría de la mente, medida por el *Test de las insinuaciones* (Corcoran et al., 1995; Figura 8.4.). Este resultado podría sugerir que tener una mejor teoría de la mente podría limitar la divulgación del trastorno mental fomentando así la estrategia de mantener en secreto el hecho de estar diagnosticado o en tratamiento de un TMG. Reducir la estrategia de mantener en secreto el trastorno mental supondría revelar socialmente el hecho de estar diagnosticado de un trastorno mental. Esta divulgación conllevaría el riesgo de la aparición de nuevos costes personales como un aumento de la discriminación debida a la divulgación del trastorno o un aumento de las preocupaciones por las percepciones de los demás (Corrigan et al., 2013). Una mejor puntuación en teoría de la mente supondría una mayor capacidad para atribuir estados mentales en otras personas con el objetivo de predecir su conducta y podría potenciar la anticipación de dichos costes, y por tanto reducir la probabilidad de divulgación y el cambio en la estrategia de mantener en secreto el trastorno mental. El papel de la cognición social en el proceso de internalización del estigma internalizado se ha estudiado recientemente pero los resultados al respecto todavía no son consistentes. Mientras en el estudio de Lysaker et al., (2013) una adecuada cognición social podría tener un efecto protector entre la conciencia de enfermedad y la internalización del estigma con los síntomas depresivos, en el estudio de Galderisi et al., (2014) no se evidenció una asociación entre la cognición social y el estigma internalizado. Esta aparente inconsistencia podría ser debida al menos a dos motivos. Por un lado la cognición social podría tener relación exclusivamente con determinadas variables de estigma internalizado, como con estrategias de afrontamiento

conductuales como se mostró en el presente trabajo, y no con el estigma internalizado de forma global. Por otro lado la relación entre cognición social y estigma internalizado podría no mostrarse dado la potente relación del funcionamiento cognitivo con ambas variables (Galderisi et al., 2014).

En tercer lugar los participantes que mejoraron en el estigma internalizado de forma global, en la dimensión cognitiva del estigma internalizado, en la discriminación experimentada, resistencia al estigma, legitimidad percibida de discriminación, identificación con el grupo, estrategia de evitación, autoestima y autoeficacia, no se diferenciaron de los que no mejoraron en ninguno de los dominios cognitivos evaluados (Tabla 8.10.-8.15.). La revisión de estudios sobre predictores cognitivos en programas de rehabilitación en personas con esquizofrenia (Capítulo 4), puso de manifiesto que el funcionamiento cognitivo guardaba relación con las mejoras tras la intervención pero no tendría un papel determinante en la adquisición de dichas mejoras. De hecho la gran mayoría de trabajos sobre predictores de programas de TCC no evidenciaron que el funcionamiento cognitivo tuviera capacidad predictiva en las mejoras obtenidas (Garety et al., 1997; Granholm et al., 2008; Leclerc et al., 2000; Lincoln et al., 2014; Premkumar et al., 2011). Otros trabajos que evidenciaron la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en la adquisición de mejoras tras la intervención, destacaron que la contribución del mismo a las mejoras observadas fue reducida (Smith et al., 1999). Estos resultados indicarían que el funcionamiento cognitivo podría no tener un papel determinante en la mejora de diferentes variables de estigma internalizado y recuperación subjetiva, concretamente autoestima y autoeficacia, tras un programa de intervención específico en el estigma internalizado.

En resumen los resultados discutidos en los dos apartados previos indicarían que el funcionamiento cognitivo parece jugar un papel en la adquisición de beneficios tras un programa de reducción del estigma internalizado. Un adecuado funcionamiento cognitivo, concretamente en velocidad de procesamiento, habilidades perceptivas, memoria verbal, funciones ejecutivas, atención y velocidad motora podrían facilitar la adquisición de resultados y mejoras tras un programa de reducción del estigma internalizado. Sin embargo una peor memoria visual, atención y funciones ejecutivas



podrían explicar la mejora en la dimensión emocional del estigma internalizado tras un programa específico. Mientras los resultados confirman parcialmente la importancia del funcionamiento cognitivo en la adquisición de beneficios terapéuticos de un programa de reducción del estigma internalizado, también señalan que las alteraciones cognitivas no impiden la adquisición de dichos beneficios. Participantes que presenten alteraciones cognitivas en los principales procesos y dominios cognitivos pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones. De hecho los cambios observados tras la fase de intervención en el estudio II fueron aceptables en términos de eficacia ya que los participantes en el grupo experimental fueron capaces de reducir la dimensión emocional del estigma, reducir la legitimidad percibida de discriminación y mejorar las expectativas de recuperación y el funcionamiento social pese a las alteraciones en sus procesos cognitivos.





## **CAPITULO 9.**

### **DISCUSIÓN GENERAL**



## **CAPITULO 9. DISCUSIÓN GENERAL**

El presente trabajo mostró la eficacia de una intervención psicológica dirigida al estigma internalizado mediante un estudio controlado aleatorizado en 54 personas con TMG (Estudio II). La intervención consistió en un Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI) de 8 sesiones y con formato grupal. Dicho programa tuvo como objetivo general reducir variables de estigma internalizado para en última instancia favorecer la recuperación de las personas con TMG. El PAREI resultó eficaz en la reducción de la dimensión emocional del estigma internalizado y la legitimidad percibida de discriminación así como en la mejora de indicadores fundamentales de recuperación como son el funcionamiento social y la percepción de recuperación. Mientras trabajos previos no habían resultado eficaces en la reducción del estigma internalizado, los efectos observados en el presente trabajo podrían guardar relación con la fundamentación teórica utilizada en el programa, junto con la combinación de las estrategias terapéuticas que mejores resultados mostraron en programas previos (ver Capítulo 3). Tomando como punto de partida los modelos sobre el proceso de internalización del estigma (Corrigan et al., 2011; Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch, Corrigan et al., 2009a; Watson et al., 2007) el empleo de estrategias cognitivo conductuales y psicoeducativas fueron dirigidas a cuestionar los estereotipos o creencias sobre los trastornos mentales que sustentan el estigma hacia las personas con TMG. El análisis de las evidencias a favor y en contra de dichas creencias facilitaría la consideración de las mismas como erróneas y por tanto del estigma como ilegítimo e injusto. De forma complementaria al empleo de dichas estrategias, la potenciación del apoyo mutuo entre los participantes y el uso de narrativas de personas en un proceso avanzado de recuperación se dirigió a fomentar la identificación de los participantes con un grupo valioso de personas con TMG. Por último el empleo de estrategias cognitivo conductuales y motivacionales se orientó al

entrenamiento de estrategias de afrontamiento al estigma social propias del empoderamiento como la educación sobre los trastornos mentales o la confrontación y reducir otras estrategias como la evitación, el secreto o el distanciamiento. Los participantes de un grupo control similares a los del grupo experimental antes de la intervención en variables clínicas, sociodemográficas y de estigma internalizado, no obtuvieron mejoras en las variables mencionadas. Sin embargo dicho grupo control mostró un empeoramiento en dos de las variables en las que el grupo experimental había experimentado mejoras tras el programa i.e., la legitimidad percibida de discriminación y el funcionamiento social. Este empeoramiento podría estar relacionado con la propia administración de las pruebas y pone de manifiesto las potenciales consecuencias desfavorables de abordar cuestiones relacionadas con el estigma en personas con TMG en ausencia de una intervención adecuada. Trabajos previos han evidenciado otros efectos adversos de los programas de psicoeducación que facilitan información sobre los trastornos mentales y el estigma asociado a los mismos (Aho-Mustonen et al., 2011; Link et al., 2002). Así tanto los resultados desfavorables en el grupo control observados en el estudio II como los obtenidos en los programas de psicoeducación pondrían de manifiesto los potenciales efectos adversos de un abordaje informativo del estigma en las personas con TMG. La evaluación de la presencia y gravedad del estigma internalizado en el TMG podría indicar la conveniencia de incluir a los pacientes en programas de psicoeducación o bien en programas eficaces y específicos sobre el estigma internalizado.

En relación a la falta de eficacia de los estudios controlados aleatorizados previos orientados a la reducción del estigma internalizado, cabría preguntarse sobre si estos resultados negativos podrían guardar relación con ciertas características de los participantes de dichos programas. A este respecto cada vez son mas numerosas las evidencias que han puesto en relación las capacidades cognitivas de los individuos y el rendimiento en programas de rehabilitación (Kurtz, 2011). Este tipo de intervenciones dependerían en gran medida de la atención, la memoria o las funciones ejecutivas, por lo que los déficit en dichos procesos podrían limitar los beneficios terapéuticos de los programas psicosociales (López-Luengo et al., 2010). Sin embargo en la revisión de la literatura previa ha mostrado resultados dispares sobre el papel del estado cognitivo

en la predicción de resultados tras diferentes programas de rehabilitación (ver Capítulo 4). En concreto, hasta la fecha, ninguno de esos trabajos habría considerado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo en la eficacia de un programa de reducción del estigma internalizado. Con el fin de aclarar esta cuestión se procedió a evaluar a los 19 participantes asignados al grupo experimental en una serie de dominios cognitivos antes de la fase de tratamiento (estudio III). Los resultados mostraron que un adecuado desempeño en tareas que evalúan velocidad de procesamiento, habilidades visuoperceptivas, memoria verbal, funciones ejecutivas, atención y velocidad motora favoreció la adquisición de determinadas mejoras tras el programa de reducción del estigma internalizado. Sin embargo los resultados en su conjunto evidenciaron que un mejor funcionamiento cognitivo no sería determinante en la eficacia del programa evaluado. De hecho los participantes del grupo experimental pese a mostrar importantes alteraciones en los procesos cognitivos (pp. 222-223), como grupo fueron capaces de reducir la dimensión emocional del estigma y la legitimidad percibida de discriminación así como mejorar las expectativas de recuperación y el funcionamiento social. Cabe destacar que los resultados mostraron que un peor desempeño en determinados dominios, i.e., memoria visual, atención, funciones ejecutivas, habilidades perceptivas y cognición social pudieron influir en la mejora de dos aspectos del estigma internalizado, concretamente en su dimensión emocional y en la estrategia de mantener en secreto el trastorno mental. Pese a que trabajos previos han encontrado relación entre la presencia de déficit cognitivos con valoraciones más favorables de uno mismo, existen datos inconsistentes en la literatura a este respecto (Brekke et al., 2001; Galderisi et al., 2014; Lysaker et al., 2002; Lysaker et al., 2013; Lysaker et al., 2009; Prouteau et al., 2005). Futuros trabajos deberán clarificar si las personas con TMG con un mejor funcionamiento cognitivo mostrarían más dificultades en reducir algunos aspectos del estigma internalizado que las personas con un mayor deterioro cognitivo. Dada la falta de datos sobre predictores cognitivos de la eficacia de programas de reducción de estigma internalizado, los resultados del presente trabajo aportarían información novedosa y relevante sobre el papel del funcionamiento cognitivo en la eficacia de este tipo de intervenciones.



En el momento actual el desarrollo de programas eficaces en la reducción del estigma internalizado resulta prioritario, tanto por su elevada prevalencia en las personas con TMG (en torno 42% de los individuos), como por las evidencias acumuladas sobre el impacto negativo en el proceso de recuperación (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010). Sin embargo las Guías de Práctica Clínica disponibles en la actualidad no incluyen resultados ni recomendaciones sobre la intervención en el estigma internalizado (Capítulo 1). Desde los servicios de salud mental y de rehabilitación se ha señalado la importancia de desarrollar una *práctica basada en la evidencia*, es decir, una práctica profesional compatible con las mejores pruebas obtenidas desde la investigación clínica y psicológica (Sánchez-Meca y Botella, 2010; Vallina, 2010). Sin embargo se ha destacado que las investigaciones sobre las intervenciones psicológicas, i.e., ensayos clínicos aleatorizados, podrían abrir una brecha importante entre la investigación y la práctica en salud mental (Vallina, 2010). Algunas de estas limitaciones hacen referencia a la selección de la población, basada en “diagnósticos puros” o la utilización de medidas de resultados basadas casi con exclusividad en la sintomatología, subestimando aspectos subjetivos relevantes en el proceso de recuperación de los TMG (Vallina, 2010). Con el objetivo de superar estas limitaciones el presente trabajo utilizó características metodológicas propias de los ensayos aleatorizados pragmáticos (Hotopf, 2002) facilitando así la posibilidad de aplicación clínica de los potenciales resultados obtenidos mediante un estudio bien controlado metodológicamente. Concretamente en el estudio II se incluyeron participantes en un rango diagnóstico amplio, se establecieron criterios de inclusión y exclusión que reflejaran la heterogeneidad de los TMG, así como instrumentos de evaluación similares a los de la práctica habitual. Estos instrumentos además evaluaron un amplio rango de resultados no limitados a los indicadores de recuperación clínica. El empleo de estas características metodológicas en el presente trabajo pretendió mejorar la aplicabilidad del programa desarrollado y el traslado de los resultados obtenidos al ámbito clínico y de rehabilitación.

En la actualidad la promoción de la recuperación de las personas con TMG resulta una prioridad de los servicios de salud mental (Hernández, 2013). La recuperación en salud mental implicaría por un lado la remisión de la sintomatología y la consecución de un

adecuado funcionamiento psicosocial en las personas con TMG durante el mayor tiempo posible (Lieberman et al., 2002). Por otro lado junto a estos objetivos clínicos se ha destacado la necesidad de que los servicios de salud mental promuevan la experiencia subjetiva de recuperación de las personas que atienden (Slade et al., 2014). A este respecto son numerosas las investigaciones que se han dirigido en los últimos años a la identificación de los factores que promueven la percepción subjetiva de recuperación (pp. 79-84, Capítulo 2). En el presente trabajo tras el análisis de la literatura previa, se estudió la contribución de un conjunto de variables no estudiadas con anterioridad a la predicción de la recuperación subjetiva medida con el RAS (Corrigan et al., 1999) en 43 personas con esquizofrenia (Estudio I). Los principales resultados evidenciaron que el empleo de estrategias adaptativas de afrontamiento, una reducida internalización del estigma y mejores actitudes hacia uno mismo predecían unas mejores expectativas de recuperación en la esquizofrenia. Estos resultados sugerirían que la intervención sobre dichas variables podría ser clave en la promoción de la recuperación subjetiva. Los resultados también mostraron que un funcionamiento social óptimo y reducidos síntomas negativos se asociaron a mejores expectativas de recuperación pero no fueron determinantes en su predicción. Estos hallazgos indicarían que las personas con mayor sintomatología o un peor funcionamiento psicosocial podrían mejorar su experiencia subjetiva de recuperación y por tanto serían susceptibles de participar en programas que tuvieran esos objetivos. Cabe señalar que es la primera vez que estas variables son estudiadas conjuntamente con una metodología que controla el peso individual y conjunto de las mismas de cara a explicar su contribución en la recuperación subjetiva medida con el RAS (Corrigan et al., 1999).

### **9.1. Relevancia teórica de los resultados**

Los resultados del presente trabajo tomados en conjunto tendrían relevancia desde una perspectiva teórica y aportarían información de interés sobre dos constructos relevantes en la recuperación de las personas con TMG, i.e., el estigma internalizado y la recuperación subjetiva. En primer lugar el concepto de estigma internalizado es un fenómeno descrito recientemente y del que todavía habría aspectos por clarificar

(Livingston y Boyd, 2010). Mientras los resultados del estudio II evidenciaron cambios en la dimensión emocional del estigma internalizado tras la fase de intervención, estos cambios no fueron observados en su dimensión cognitiva y conductual. A este respecto se ha definido el estigma internalizado como un constructo complejo formado por al menos tres dimensiones, i.e., cognitiva, emocional y conductual (Corrigan, 2000). Los resultados de diferentes trabajos sugieren que las tres dimensiones podrían manifestarse de forma relativamente independientes. Tal es el caso de los estudios de prevalencia del estigma internalizado, que presentan diferentes tasas de prevalencia para cada una de las dimensiones (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Se ha sugerido que esta relativa independencia entre las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales también se observaría en el estigma social (López et al., 2008). A este respecto los cambios en las actitudes, que incluye una dimensión cognitiva y emocional, no conllevarían necesariamente cambios en las conductas de discriminación (Corrigan y Penn, 1999). Los resultados del estudio II confirmarían esta relativa independencia de los tres componentes o dimensiones en el estigma internalizado, dado el cambio significativo en una de sus dimensiones independientemente del resto. En segundo lugar los resultados del estudio II complementarían los datos empíricos sobre los modelos teóricos del proceso de internalización del estigma (Corrigan et al., 2011; Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch, Corrigan et al., 2009a; Watson et al., 2007). En el presente trabajo se evaluó una intervención centrada en modificar los tres elementos claves identificados en dichos modelos, i.e., legitimidad percibida de discriminación, identificación con el grupo y estrategias de afrontamiento. Pese a que el diseño empleado en el estudio II no permite medir el papel de cada uno de los elementos estratégicos de la intervención en cada una de las variables evaluadas, los resultados mostraron que en conjunto la intervención PAREI fue capaz de reducir dos de las variables de estigma internalizado, i.e., la dimensión emocional y la legitimidad percibida de discriminación. Estos resultados ofrecerían, cuanto menos, un apoyo parcial a los citados modelos de estigma internalizado. En este punto resulta importante señalar que si bien no se observaron cambios en las otras dos variables estratégicas, i.e., identificación con el grupo y estrategias de afrontamiento, no pudo descartarse la ausencia de los mismos dada la baja potencia de contraste de estos

análisis (Capítulo 7). En todo caso la ausencia de cambios en ambas variables estratégicas no invalidaría el modelo como marco explicativo del proceso de internalización del estigma. En tercer lugar los resultados del estudio II mostraron que una intervención psicológica dirigida a la reducción del estigma internalizado provocaría mejoras a su vez en indicadores de recuperación clínica y subjetiva, concretamente en el funcionamiento social y en las expectativas de recuperación. El estudio de las relaciones del estigma internalizado con variables de recuperación ha sido objeto de atención por parte de diferentes investigaciones y ha facilitado la construcción de modelos teóricos. Así se ha evidenciado que la internalización del estigma disminuye las expectativas de recuperación, la autoestima, la autoeficacia, el empoderamiento y la esperanza, así como otras variables de recuperación clínica como la adherencia al tratamiento, el funcionamiento social y el aislamiento, potenciando una mayor severidad de los síntomas (Fung et al., 2008; Galderisi et al., 2014; Livingston y Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007; Muñoz et al., 2010; Yanos et al., 2008). Los hallazgos del estudio II añaden evidencias a los resultados de estos trabajos previos en los que el estigma internalizado tendría una importante relación con la recuperación de las personas con TMG desde una perspectiva clínica y subjetiva. Por último se ha señalado que todavía a día de hoy existiría una falta de consenso en los ámbitos aplicados y de investigación sobre el propio concepto de recuperación y lo que implica (Silverstein y Bellack, 2008). Los resultados del estudio I sobre los factores que promueven la recuperación subjetiva podrían añadir información relevante respecto al propio concepto de recuperación. Pese a que los estudios cuantitativos no habrían considerado conjuntamente el papel del estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y la autoestima en las expectativas de recuperación, dichas variables habrían estado presentes en las primeras aproximaciones conceptuales sobre la recuperación subjetiva. Uno de los trabajos clásicos sobre el concepto de recuperación identificaba la superación del estigma como un factor necesario para la recuperación (Anthony, 1993). La superación o resistencia al estigma también se identificó como un elemento definitorio de la recuperación en dos revisiones de estudios cualitativos (Davidson, 2005; Leamy et al., 2011). En el trabajo de Davidson et al., (2005) los autores identificaron la importancia del manejo de la sintomatología en la recuperación, enfatizando así la importancia del afrontamiento en el proceso de

recuperación. Igualmente los estudios cualitativos han destacado la relevancia de una identidad positiva y la valoración positiva de las propias capacidades como indicadores de recuperación subjetiva, señalando así el potencial papel que podría tener la autoestima (Andresen et al., 2003; Leamy et al., 2011; Lysaker y Buck, 2008). La falta de contribución de la sintomatología a la recuperación también se incluyó en las primeras definiciones de recuperación (Anthony, 1993). Así mientras los estudios cualitativos y el análisis de narrativas de recuperación identificaron elementos clave en la definición de recuperación desde la perspectiva de las personas con TMG, los resultados de los estudios cuantitativos como los del presente trabajo, apoyarían la incorporación de dichos elementos en la definición de recuperación en salud mental.

## **9.2. Limitaciones y orientación futura**

El trabajo actual presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas de cara a futuras investigaciones. La primera limitación tiene relación con la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos. A este respecto debe observarse que los resultados fueron obtenidos en personas con esquizofrenia y otros TMG con una adecuada adherencia al tratamiento psicosocial. De hecho uno de los criterios de inclusión en la selección de participantes de los tres estudios fue la asistencia a las sesiones de evaluación y al tratamiento en el CRPSL. Los resultados de trabajos previos han sugerido que las personas con baja adherencia al tratamiento podrían diferir en determinadas características clínicas y psicosociales de la muestra del presente trabajo. Por un lado Fung et al., (2008) han puesto de manifiesto que un elevado estigma internalizado predice una baja adherencia al tratamiento psicosocial. Por otro lado el trabajo de Galderisi et al., (2014) destacó que las personas con mayores déficit en su funcionamiento cognitivo podrían presentar una menor adherencia y colaboración con el tratamiento. Por ello y pese a que la muestra de los tres estudios sería representativa de las personas atendidas en dispositivos de rehabilitación de TMG, la generalización de los resultados a todas las personas con esquizofrenia y otros TMG debería hacerse con cautela. Futuras investigaciones deberán evaluar a personas con esquizofrenia y otros TMG con pobre adherencia al tratamiento psicosocial, ya que las características de estos individuos podrían diferir

respecto de las de la muestra empleada en el presente trabajo. En segundo lugar el tamaño muestral pudo limitar la obtención de diferencias estadísticamente significativas en algunas variables en los análisis de comparación entre el grupo control y experimental tras la fase de intervención (estudio II). Así en dicho estudio, y como se ha indicado con anterioridad, la baja potencia de contraste de los análisis estadísticos no permitió descartar la presencia de efectos significativos en la población en diferentes variables estudiadas. A este respecto sería recomendable replicar los resultados del estudio II con muestras más amplias. La tercera limitación hace referencia a la elección del instrumento de evaluación empleado para medir la autoeficacia. Tal como se discutió en el estudio II, la *Escala de Autoeficacia General* (Baessler y Schwarzer, 1996) es un instrumento genérico que evalúa la percepción estable de competencia personal para el manejo eficaz de una gran variedad de situaciones estresantes (Sanjuan et al., 2000). Ello podría limitar su utilidad para evaluar la autoeficacia de los individuos ante situaciones específicas relacionadas con el estigma. Rüscher et al., (2014) diseñaron un instrumento *ad hoc* para evaluar la autoeficacia ante la divulgación del trastorno mental que se mostró sensible al cambio tras la aplicación de su programa. Futuras investigaciones podrían incluir instrumentos que evaluaran la autoeficacia en situaciones específicas relacionadas con el estigma y fueran por tanto más sensibles a la detección de los cambios provocados por un programa de reducción del estigma internalizado. Por último, pese al interés de los datos del estudio II, sería relevante conocer si los cambios se mantienen a largo plazo (por ejemplo, a los 12 meses) o si aparecen nuevos efectos. La revisión de la literatura previa evidencia que determinados efectos del tratamiento desaparecen en el seguimiento a corto plazo, por ejemplo a partir de los dos meses (Aho-Mustonen et al., 2011; Fung et al., 2011), o bien aparecen efectos nuevos a partir de las tres semanas de la finalización de programa que no se había evidenciado en la evaluación posterior al mismo (Aho-Mustonen et al., 2011; Rüscher et al., 2014).

En conclusión los resultados del presente trabajo muestran que el programa PAREI desarrollado constituye una nueva herramienta terapéutica prometedora en la reducción del estigma internalizado y en la mejora de ciertos indicadores de recuperación en el TMG, pese a las alteraciones cognitivas que presentan las personas

con dichos trastornos. Estos resultados complementan el estado actual de la literatura sobre dos constructos relevantes en la recuperación de las personas con TMG, i.e., el estigma internalizado y la recuperación subjetiva. En última instancia los resultados permiten mejorar la intervención con TMG con el objetivo de favorecer la recuperación de dichos trastornos.







## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Miettinen, R. y Raty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Criminal Behaviour and Mental Health:CBMH*, 21(3), 163-176.  
<http://dx.doi.org/110.1002/cbm.1788>.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jorgensen, P. y Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 257-266. <http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2010.1010.1013>.
- Alonso, J., Olivares, J. M., Ciudad, A., Manresa, J. M., Casado, A. y Gilaberte, I. (2008). Desarrollo y validación de la versión corta de la Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la práctica clínica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 102-110. Recuperado de <http://public-files.prbb.org/publicacions/b101e58330-51373-58012b-a58777-58000c58293b58326d58335.pdf>.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A. y Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132.  
<http://dx.doi.org/110.1093/schbul/1017.1091.1113>.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Andersen, R., Fagerlund, B., Rasmussen, H., Ebdrup, B. H., Aggernaes, B., Gade, A., Oranje, B. y Glenthøj, B. (2013). The influence of impaired processing speed on cognition in first-episode antipsychotic-naïve schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 28(6), 332-339.  
<http://dx.doi.org/310.1016/j.eurpsy.2012.1006.1003>.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.  
<http://dx.doi.org/410.1176/appi.ajp.1162.1173.1441>.

- Andresen, R., Caputi, P. y Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. <http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>.
- Andresen, R., Caputi, P. y Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research*, 177(3), 309-317. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.1002.1013>.
- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990 s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos nº 16*. Madrid: AEN. Recuperado de <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>.
- Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki*. Brasil. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>.
- Bang, M., Kim, K. R., Song, Y. Y., Baek, S., Lee, E. y An, S. K. (2014). Neurocognitive impairments in individuals at ultra-high risk for psychosis: Who will really convert? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1177/0004867414561527>.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbj1044>.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.1157.1196.1853>.
- Blanco, A. (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 77-94). Madrid: Editorial Síntesis.

- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bobes, J., Ciudad, A., Alvarez, E., San, L., Polavieja, P. y Gilaberte, I. (2009). Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophrenia Research*, 115(1), 58-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1007.1003>.
- Bono del Trigo, A., Navarro, B. y Mena, A. (2012). *Evaluación del proyecto ayuda mutua, entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental ANDALUCÍA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/ayudamutua/docs/Informe Global Andalucia Evaluacion Ayuda Mutua .pdf>.
- Bora, E. (2013). Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43, 2017-2026. <http://dx.doi.org/2010.1017/S0033291712002085>.
- Botella, J. y Gambara, H. (2006). Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 425-440. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-185.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-185.pdf).
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G. y Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. <http://dx.doi.org/210.1016/j.comppsy.2013.1006.1005>.
- Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J. y Green, M. F. (2007). How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247-1256. <http://dx.doi.org/1210.1093/schbul/sbl1072>.
- Brekke, J. S., Kohrt, B. y Green, M. F. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 697-708. <http://dx.doi.org/610.1093/oxfordjournals.schbul.a006908>.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238. <http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2010.1002.1065>.
- Burdick, K. E., Russo, M., Frangou, S., Mahon, K., Braga, R. J., Shanahan, M. y Malhotra, A. K. (2014). Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in

- bipolar disorder: clinical implications. *Psychological Medicine*, 44(14), 3083-3096. <http://dx.doi.org/3010.1017/S0033291714000439>.
- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552. <http://dx.doi.org/510.1001/archpsyc.1055.1006.1547>.
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39. Recuperado de [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%2020\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%2020(esp).pdf).
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. M. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Carrasco, O., Pradana, M.L., Vehil, L. (2010). Psicoeducación y prevención de recaídas. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 295-332). Madrid: Editorial Síntesis.
- Cavelti, M., Beck, E. M., Kvrjic, S., Kossowsky, J. y Vauth, R. (2012). The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 462-476. <http://dx.doi.org/410.1002/jclp.20872>.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (2006). Servicios dirigidos por usuarios. En J. Read, L. R. Mosher y R. Bentall (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder Editorial.
- Chan, R. C., Li, H., Cheung, E. F. y Gong, Q. Y. (2010). Impaired facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 178(2), 381-390. <http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2009.1003.1035>.
- Chiba, R., Miyamoto, Y. y Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 314-322. <http://dx.doi.org/310.1016/j.ijnurstu.2009.1007.1006>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connell, M., King, R. y Crowe, T. (2011). Can employment positively affect the recovery of people with psychiatric disabilities? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 59-63. <http://dx.doi.org/10.2975/2935.2971.2011.2959.2963>.

- Corcoran, R., Mercer, G. y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. [http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964\(1995\)00024-G](http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964(1995)00024-G).
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *American Psychological Association*, 12, 48-67. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.1097.1091.1048>.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493-1496. <http://dx.doi.org/1410.1176/appi.ps.1457.1410.1493>.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M. y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239. <http://dx.doi.org/210.1023/A:1018741302682>.
- Corrigan, P. W., Kerr, A. y Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190. <http://dx.doi.org/110.1016/j.appsy.2005.1007.1001>.
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A. y Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794-800. <http://dx.doi.org/710.2105/AJPH.2012.301037>.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>.
- Corrigan, P. W. y Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765-776. <http://dx.doi.org/710.1037/0003-1066X.1054.1039.1765>.
- Corrigan, P. W. y Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523. <http://dx.doi.org/510.1007/s10597-10004-16125-10595>.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. y Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2011.1005.1024>.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. y Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041. <http://dx.doi.org/1010.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>.

- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.1099.1091.1035>.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. y Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884. <http://dx.doi.org/810.1521/jscp.2006.1525.1528.1875>.
- Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., Semple, J. y Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77(1), 85-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.1001.1016>.
- Cuevas-Yust, C. (2010). Entrenamiento en habilidades sociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 237-263). Madrid: Editorial Síntesis.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (2010). Síntomas psicóticos permanentes. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. y Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. <http://dx.doi.org/110.1016/j.wpsyc.2012.1005.1009>.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Lawless, M., Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 480-487. <http://dx.doi.org/410.1037/0735-7028.1036.1035.1480>.
- del Olmo, F. (2010). La recuperación de personas con trastornos mentales graves. *Informaciones Psiquiátricas*, 201(3), 237-257. Recuperado de [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2010\\_pdf/2201\\_inf%2020psiq.pdf](http://www.revistahospitalarias.org/info_2010_pdf/2201_inf%2020psiq.pdf).
- del Río Noriega, F., (coordinador). (2006). *Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pai/trastorno\\_mental\\_grave\\_v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/trastorno_mental_grave_v3?perfil=org).

- Demenescu, L. R., Kortekaas, R., den Boer, J. A. y Aleman, A. (2010). Impaired Attribution of Emotion to Facial Expressions in Anxiety and Major Depression. *PLoS ONE*, 5(12), e15058. <http://dx.doi.org/15010.11371/journal.pone.0015058>.
- DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T. y Brooks, G. W. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 167(3), 338-342. <http://dx.doi.org/310.1192/bjp.1167.1193.1338>.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T. y Brooks, G. W. (1995b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 167(3), 331-338. <http://dx.doi.org/310.1192/bjp.1167.1193.1331>.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110253A>.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272011000500002&script=sci\\_art\\_text](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272011000500002&script=sci_art_text).
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. y Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <http://dx.doi.org/110.1007/s10597-10005-12649-10596>.
- Fernández, J. R. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/458.pdf>.
- Fett, A. K., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D., Penn, D. L., van Os, J. y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588. <http://dx.doi.org/510.1016/j.neubiorev.2010.1007.1001>.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [http://dx.doi.org/110.1016/0022-3956\(1075\)90026-90026](http://dx.doi.org/110.1016/0022-3956(1075)90026-90026).



- Fung, K. M., Tsang, H. W. y Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(2), 208-214.  
<http://dx.doi.org/210.1016/j.psychres.2011.1002.1013>.
- Fung, K. M., Tsang, H. W. y Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.  
<http://dx.doi.org/110.2975/2932.2972.2008.2995.2104>.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S. y Cheng, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418.  
<http://dx.doi.org/410.1177/0020764007078342>.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., Rucci, P., Gibertoni, D., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., Biondi, M., Brugnoli, R., Dell'Osso, L., De Ronchi, D., Di Emidio, G., Di Giannantonio, M., Fagiolini, A., Marchesi, C., Monteleone, P., Oldani, L., Pinna, F., Roncone, R., Sacchetti, E., Santonastaso, P., Siracusano, A., Vita, A., Zeppegno, P. y Maj, M. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287.  
<http://dx.doi.org/210.1002/wps.20167>.
- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475.  
<http://dx.doi.org/410.4321/S0211-57352014000300002>.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C. y Jones, S. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426. <http://dx.doi.org/410.1192/bjp.1171.1195.1420>.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. y Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <http://dx.doi.org/110.1002/wps.20040>.
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R. y Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.1011.1004>.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Golden, C. (1994). *Stroop Test de Colores y Palabras*. (TEA ed.). Madrid.
- Golden, C. J. (2001). *Stroop Test de Colores y Palabras*. Madrid: TEA ediciones.
- Golden, C. J. y Freshwater, S. M. (2002). *The Stroop Color and Word test: A manual for clinical and experimental uses*. Chicago, IL.: Stoelting Co.
- Goldman, H. H. y Grob, G. N. (2006). Defining 'mental illness' in mental health policy. *Health Affairs*, 25(3), 737-749.  
<http://dx.doi.org/710.1377/hlthaff.1325.1373.1737>.
- Gonzalez-Blanch, C., Crespo-Facorro, B., Alvarez-Jimenez, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Pelayo-Teran, J. M., Perez-Iglesias, R. y Vazquez-Barquero, J. L. (2007). Cognitive dimensions in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 968-977.  
<http://dx.doi.org/910.1016/j.jpsychires.2006.1008.1009>.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., Link, P. C., Fish, S., Patterson, T. y Jeste, D. V. (2008). Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 133-143.  
<http://dx.doi.org/110.1016/j.schres.2007.1011.1032>.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.  
<http://dx.doi.org/110.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>.
- Green, M. F., Kern, R. S. y Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2004.1009.1009>.
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M. y Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220.  
<http://dx.doi.org/1210.1093/schbul/sbm1145>.
- Grot, S., Potvin, S. y Luck, D. (2014). Is there a binding deficit in working memory in patients with schizophrenia? A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 158, 142-145. <http://dx.doi.org/110.1016/j.schres.2014.1006.1012>.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Instituto Aragonés

de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMIG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMIG_ICS_compl.pdf).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf).

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN Núm. 2012. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_510\\_Trastorno\\_Bipolar\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf).

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. y Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718-726. <http://dx.doi.org/710.1176/ajp.1144.1176.1718>.

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. y Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735. <http://dx.doi.org/710.1176/ajp.1144.1176.1727>.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganey, K., Giel, R., an der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W., Leon, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S. J., Varma, V. K., Walsh, D. y Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517. <http://dx.doi.org/510.1192/bjp.1178.1196.1506>.

Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H. y Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734. <http://dx.doi.org/710.1093/schbul/sbi1026>.

Harrow, M., Jobe, T. H. y Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42(10), 2145-2155. <http://dx.doi.org/2110.1017/S0033291712000220>.

- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Waternaux, C. y Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *The American Journal of Psychiatry*, 151(10), 1409-1416. <http://dx.doi.org/1410.1176/ajp.1151.1410.1409>.
- Hendryx, M., Green, C. A. y Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320-329. <http://dx.doi.org/310.1007/s11414-11008-19151-11411>.
- Hernández, M. (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones Psiquiátricas*, 213(3), 285-319. Recuperado de [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2013\\_pdf/2213\\_inf%2020psiq.pdf](http://www.revistahospitalarias.org/info_2013_pdf/2213_inf%2020psiq.pdf).
- Hoekert, M., Kahn, R. S., Pijnenborg, M. y Aleman, A. (2007). Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1-3), 135-145. <http://dx.doi.org/110.1016/j.schres.2007.1007.1023>.
- Hotopf, M. (2002). The pragmatic randomised controlled trial. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 326-333. <http://dx.doi.org/310.1192/apt.1198.1195.1326>.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Rottgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. y Corrigan, P. W. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 246-257. <http://dx.doi.org/210.1177/0020764010392058>.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a personas con trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/document/s/binario/atenenfermental.pdf>.
- Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J. y Miettinen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306. <http://dx.doi.org/1210.1093/schbul/sbs1130>.
- Jahn, T., Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Frobose, T., Kraemer, S. y Bauml, J. (2011). Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychological Medicine*, 41(3), 533-544. <http://dx.doi.org/510.1017/S0033291710001029>.
- Jobe, T. H. y Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 892-900. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/16494258>.

- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.  
<http://dx.doi.org/210.1093/schbul/1013.1092.1261>.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. y Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.  
<http://dx.doi.org/210.1192/bjp.bp.1106.024638>.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P. y Corrigan, P. W. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482-491.  
<http://dx.doi.org/410.1080/09638230701506283>.
- Knight, M. T. D., Wykes, T. y Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 4, 305-318.  
<http://dx.doi.org/310.1017/S1352465805002705>.
- Kukla, M., Lysaker, P. H. y Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1363-1368.  
<http://dx.doi.org/1310.1016/j.comppsy.2014.1304.1022>.
- Kukla, M., Lysaker, P. H. y Salyers, M. P. (2013). Do persons with schizophrenia who have better metacognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery? *Psychiatry Research*, 209(3), 381-385.  
<http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2013.1004.1014>.
- Kurtz, M. M. (2011). Neurocognition as a predictor of response to evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: what is the state of the evidence? *Clin Psychol Rev*, 31(4), 663-672.  
<http://dx.doi.org/610.1016/j.cpr.2011.1002.1008>.
- Kurtz, M. M., Wexler, B. E., Fujimoto, M., Shagan, D. S. y Seltzer, J. C. (2008). Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 303-311.  
<http://dx.doi.org/310.1016/j.schres.2008.1003.1023>.
- Larson, J. E. y Corrigan, P. W. (2010). Psychotherapy for Self-Stigma among Rural Clients. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66(5), 1-13.  
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20679>.
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e

- integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 345-373.  
Recuperado de  
[http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL324\\_341\\_316.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL324_341_316.pdf).
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.  
<http://dx.doi.org/410.1192/bjp.bp.1110.083733>.
- Leclerc, C., Lesage, A. D., Ricard, N., Lecomte, T. y Cyr, M. (2000). Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 380-388.  
<http://dx.doi.org/310.1037/h0087644>.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.  
<http://dx.doi.org/210.1080/00207598208247445>.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. y Loring, W. (2004). *Neuropsychological assessment* (Vol. 4th ed). New York: Oxford University Press.
- Li, D. (2014). Should self-stigma reduction program be regarded as the first and foremost psychosocial intervention for people with schizophrenia? *International Journal of Social Psychiatry*, 60(7), 720-721.  
<http://dx.doi.org/710.1177/0020764014540897>.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 57(2), 104-114.  
<http://dx.doi.org/110.1521/00332747.00331994.11024674>.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Liberman, R. P. y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742.  
<http://dx.doi.org/710.1176/appi.ps.1156.1176.1735>.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272. <http://dx.doi.org/210.1080/0954026021000016905>.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Westermann, S., Ziegler, M., Kesting, M. L., Heibach, E. y Mehl, S. (2014). Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research*, 216(2), 198-205.  
<http://dx.doi.org/110.1016/j.psychres.2014.1002.1012>.

- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. <http://dx.doi.org/110.2307/2095395>.
- Link, B. G., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. E. y Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423. <http://dx.doi.org/410.2307/2095613>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626. <http://dx.doi.org/1610.1176/appi.ps.1652.1612.1621>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 201-231. <http://dx.doi.org/210.1080/10973430208408433>.
- Livingston, J. D. y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <http://dx.doi.org/2110.1016/j.socscimed.2010.2109.2030>.
- Lloyd, C., King, R. y Moore, L. (2009). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229. <http://dx.doi.org/210.1177/0020764009105703>.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII(101), 43-83. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n41/v28n41a04.pdf>.
- López, M. y Laviana-Cuetos, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII(99), 187-223. <http://dx.doi.org/110.4321/S0211-57352007000100016>.
- López-Luengo, B., Florit, A., González-Andrade, A. (2010). Rehabilitación del funcionamiento cognitivo. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 265-294). Madrid: Editorial Síntesis.
- Lubrin, G., Periañez, J. A., Ríos-Lago, M., Viejo-Sobera, R., Ayesa-Arriola, R., Sánchez-Cubillo, I., Crespo-Facorro, B., Álvarez-Linera, J., Adrover-Roig, D. y Rodríguez-Sánchez, J. M. (2014). Clinical spanish norms of the stroop test for traumatic



- brain injury and schizophrenia. *Spanish Journal of Psychology*, 17(e96), 1-10.  
<http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.1090>.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B. y Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54. <http://dx.doi.org/10.2975/2935.2971.2011.2951.2954>.
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Lancaster, R. S., Evans, J. D. y Bell, M. D. (2002). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59, 41-47. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(1001\)00383-00388](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(1001)00383-00388).
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Marks, K., Greig, T. C. y Bell, M. D. (2004). Coping style in schizophrenia: associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 113-121.  
<http://dx.doi.org/110.1093/oxfordjournals.schbul.a007056>.
- Lysaker, P. H. y Buck, K. D. (2008). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence and clinical implications. *Primary Psychiatry*, 15(6), 60-65. Recuperado de <http://primarypsychiatry.com/is-recovery-from-schizophrenia-possible-an-overview-of-concepts-evidence-and-clinical-implications/>.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Hammoud, K., Taylor, A. C. y Roe, D. (2006). Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research*, 82(2-3), 241-249.  
<http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2005.1012.1844>.
- Lysaker, P. H., Gumley, A., Luedtke, B., Buck, K. D., Ringer, J. M., Olesek, K., Kukla, M., Leonhardt, B. L., Popolo, R. y Dimaggio, G. (2013). Social cognition and metacognition in schizophrenia: evidence of their independence and linkage with outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(3), 239-247.  
<http://dx.doi.org/210.1111/acps.12012>.
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M. y Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services*, 9(3), 240-247.  
<http://dx.doi.org/210.1037/a0027740>.
- Lysaker, P. H., Roe, D. y Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.  
<http://dx.doi.org/110.1093/schbul/sbl1016>.



- Lysaker, P. H., Vohs, J. L. y Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 165-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1001.1015>.
- Macinnes, D. L. y Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x>.
- Mann-Wrobel, M. C., Carreno, J. T. y Dickinson, D. (2011). Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disorders*, 13(4), 334-342. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00935.x>.
- Marini, A., Spoletini, I., Rubino, I. A., Ciuffa, M., Bria, P., Martinotti, G., Banfi, G., Boccascino, R., Strom, P., Siracusano, A., Caltagirone, C. y Spalletta, G. (2008). The language of schizophrenia: an analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 144-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.1007.1011>.
- Martínez, I., Durante, P., Noya, B. (2010). Actividades de la Vida Diaria (AVD). En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 359-394). Madrid: Editorial Síntesis.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, g., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. y Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.5176.5173.5212>.
- McNaught, C., Caputi, P., Oades, L. y F.P. Deane. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 450-457. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670701264792>.
- Messinis, L., Tsakona, I., Malefaki, S. y Papathanasopoulos, P. (2007). Normative data and discriminant validity of Rey's Verbal Learning Test for the Greek adult population. *Archives of Clinical Neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 22(6), 739-752. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acn.2007.1006.1002>.
- Michaels, P. J., López, M., Rüsck, N. y Corrigan, P. W. (2012). Construct and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 183-194. <http://hdl.handle.net/10835/12865>.

- Milev, P., Ho, B. C., Arndt, S. y Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 495-506. <http://dx.doi.org/410.1176/appi.ajp.1162.1173.1495>.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E. y Corrigan, P. W. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981. <http://dx.doi.org/910.1176/appi.ps.201100459>.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P. y Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27(3), 387-411. <http://dx.doi.org/310.1177/0145445503253834>.
- Mukolo, A., Heflinger, C., Baxter, J. (2011). Recovery and self-esteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15(2), 41-68. Recuperado de [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_15/Recovery\\_and\\_Self\\_Esteem\\_Mukolo.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_15/Recovery_and_Self_Esteem_Mukolo.html).
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E. y Quiroga M.A. (2010). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408. <http://dx.doi.org/410.1016/j.psychres.2010.1006.1019>.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P. y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981. <http://dx.doi.org/1960.1037//0033-2909.1126.&.1039S1034>.
- National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management*: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/cg178-psychosis-and-schizophrenia-in-adults-full-guideline3>.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1987). *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington, DC: NIMH.
- Norman, R. M. G., Windell, D., Lynch, J. y Manchanda, R. (2013). Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 278-284. <http://dx.doi.org/210.1111/j.1751-7893.2012.00371.x>.

- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300-312. <http://dx.doi.org/310.1093/schbul/1010.1092.1300>.
- Nuechterlein, K. H. y Liberman, R. P. (1985). *Schematic for the vulnerability stress model NIMH renewal application for the Mental Health Clinical Research Center for study fo Adult Schizophrenia.*: UCLA.
- Ochoa, E. y Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de psiquiatría*, 1(1), 3-8.
- Ochsner, K. N. (2008). The social-emotional processing stream: five core constructs and their translational potential for schizophrenia and beyond. *Biological Psychiatry*, 64(1), 48-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.1004.1024>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: versión mutiaxial para adultos*. Madrid: Meditor, D.L.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Mental health: facing the challenges, buiding solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO Regional Office. Recuperado de [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf).
- Overall, L. E. y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812. <http://dx.doi.org/710.2466/pr2460.1962.2410.2463.2799>.
- Palmer, B. W., Dawes, S. E. y Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19(3), 365-384. <http://dx.doi.org/310.1007/s11065-11009-19109-y>.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E. y Masferrer, C. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencias desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXX(105), 109-123. <http://dx.doi.org/110.4321/S0211-57352010000100006>.
- Palomo, R., Casals-Coll, G., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calvo, L., Aranciva, F., Tamayo, F. y Peña-Casanova, J. (2013). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas Rey-Osterrieth Complex

Figure (copia y memoria) y Free and Cued Selective Reminding Test. *Neurología*, 28(4), 226-235. <http://dx.doi.org/210.1016/j.nrl.2012.1003.1008>.

Penadés, R., Catalan, R., Pujol, N., Puig, O., Guarch, J., Masana, G., Navarro, V. y Gasto, C. (2010). Is memory impairment a rate limiter in cognitive behavioural therapy for chronic schizophrenia? *Psychotherapy Psychosomatics*, 79(2), 129-130. <http://dx.doi.org/110.1159/000276378>.

Peña-Casanova, J., Gramunt-Fombuena, N., Quinones-Ubeda, S., Sanchez-Benavides, G., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J. L., Robles, A., Barquero, M. S., Payno, M., Antunez, C., Martinez-Parra, C., Frank-Garcia, A., Fernandez, M., Alfonso, V., Sol, J. M. y Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): norms for the Rey-Osterrieth complex figure (copy and memory), and free and cued selective reminding test. *Archives of Clinical Neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 24(4), 371-393. <http://dx.doi.org/310.1093/arclin/acp1041>.

Peña-Casanova, J., Quinones-Ubeda, S., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Molinuevo, J. L., Torner, L., Robles, A., Barquero, M. S., Villanueva, C., Antunez, C., Martinez-Parra, C., Frank-Garcia, A., Sanz, A., Fernandez, M., Alfonso, V., Sol, J. M. y Blesa, R. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): norms for verbal span, visuospatial span, letter and number sequencing, trail making test, and symbol digit modalities test. *Archives of Clinical Neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 24(4), 321-341. <http://dx.doi.org/310.1093/arclin/acp1038>.

Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31-40. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(1094\)90093-90090](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(1094)90093-90090).

Periáñez, J. A., Ríos-Lago, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Adrover-Roig, D., Sánchez-Cubillo, I., Crespo-Facorro, B., Quemada, J. I. y Barceló, F. (2007). Trail Making Test in traumatic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: sample comparisons and normative data. *Archives of Clinical Neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 22(4), 433-447. <http://dx.doi.org/410.1016/j.acn.2007.1001.1022>.

Perris, C. (2004). Definición del concepto de vulnerabilidad como base para las intervenciones psicoterapéuticas. En C. Perris y P. D. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. (pp. 43-61). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K. y Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental

- illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853-860. <http://dx.doi.org/810.2105/AJPH.2012.301147>.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1, S64-80. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl1030>.
- Plana, I., Lavoie, M. A., Battaglia, M. y Achim, A. M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 169-177. <http://dx.doi.org/110.1016/j.janxdis.2013.1009.1005>.
- Premkumar, P., Peters, E. R., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Kuipers, E. y Kumari, V. (2011). Coping styles predict responsiveness to cognitive behaviour therapy in psychosis. *Psychiatry Research*, 187(3), 354-362. <http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2010.1012.1029>.
- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D. y Stip, E. (2005). Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*, 77(2-3), 343-353. <http://dx.doi.org/310.1016/j.schres.2005.1003.1001>.
- Puig, O., Penadés, R., Gasto, C., Catalán, R., Torres, A. y Salamero, M. (2008). Verbal memory, negative symptomatology and prediction of psychosocial functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 11-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.1004.1017>.
- Radanovic, M., Sousa, R. T., Valiengo, L., Gattaz, W. F. y Forlenza, O. V. (2013). Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 71(1), 55-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-1282X2012005000015>.
- Read, J., Mosher, L. R. y Bentall, R. P. (2006). La "esquizofrenia" no es una enfermedad. En J. Read & L. R. Mosher & R. P. Bentall (Eds.), *Modelos de Locura*. Barcelona: Herder Editorial.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F. y Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119-128. <http://dx.doi.org/110.1016/j.schres.2004.1005.1009>.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A. y Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547. <http://dx.doi.org/510.1176/appi.ps.1155.1175.1540>.
- Rey, A. (1987). *Test de Copia de la Figura Compleja*. Madrid: TEA ediciones.

- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.  
<http://dx.doi.org/310.1037/h0095071>.
- Ríos-Lago, M. y Periañez, J. A. (2010). Attention and Speed of Information Processing. En G. F. Koob, M. Le Moal y R. F. Thompson (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience* (Vol. 1, pp. 109-117). Oxford: Academic Press.
- Ríos-Lago, M., Periañez, J. A., Lubrini, G. y Viejo-Sobera, R. (2012). Velocidad de procesamiento, atención y funciones ejecutivas. En J. Tirapu Ustárroz, A. García Molina, M. Ríos-Lago y A. Ardila (Eds.), *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas* (pp. 241-263). Barcelona: Viguera.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.1008.1008>.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J. y Blackwell, A. D. (2013). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713002535>.
- Rodríguez, A. y Bravo, M. F. (2003). Marco general y conceptualización. En Gisbert C. (Ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 53). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf).
- Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1997). Evolución de la atención al enfermo mental crónico. La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez-Sanchez, J. M., Crespo-Facorro, B., Gonzalez-Blanch, C., Perez-Iglesias, R. y Vazquez-Barquero, J. L. (2007). Cognitive dysfunction in first-episode psychosis: the processing speed hypothesis. *The British Journal of Psychiatry*, 51, s107-110. <http://dx.doi.org/110.1192/bjp.1191.1151.s1107>.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H. y Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303-312. <http://dx.doi.org/310.1002/jclp.22050>.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M. y Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the recovery assessment scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 847-851.  
<http://dx.doi.org/810.1097/NMD.1090b1013e31826b31826d31824a>.



- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M. y Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138. <http://dx.doi.org/110.1016/j.schres.2011.1005.1023>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton: Princeton University Press.
- Rosillo, M., Hernández, M. y Smith, S. P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. <http://dx.doi.org/210.4321/S0211-57352013000200003>.
- Ruff, R. M. y Parker, S. B. (1993). Gender- and age-specific changes in motor speed and eye-hand coordination in adults: normative values for the Finger Tapping and Grooved Pegboard Tests. *Perceptual and Motor Skills*, 76(3 Pt 2), 1219-1230. <http://dx.doi.org/1210.2466/pms.1993.1276.1213c.1219>.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. <http://dx.doi.org/110.1192/bjp.1177.1192.1149>.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/119/150/ENG/119-150-ENG-111-119-949105.pdf>.
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rossler, W., Kleim, B. y Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 391-397. <http://dx.doi.org/310.1192/bjp.bp.1113.135772>.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. <http://dx.doi.org/510.1016/j.eurpsy.2005.1004.1004>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1001.1005>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived

- legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 551-552. <http://dx.doi.org/510.1192/bjp.bp.1109.067157>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009a). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320-328. <http://dx.doi.org/310.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009b). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 59-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1001.1006>.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M. y Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 399-402. <http://dx.doi.org/310.1176/appi.ps.1157.1173.1399>.
- Samame, C., Martino, D. J. y Strejilevich, S. A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 266-280. <http://dx.doi.org/210.1111/j.1600-0447.2011.01808.x>.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J. P., Lalucat, L., Martínez, C., Sánchez, I. y Teixidó, M. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- San, L., Ciudad, A., Álvarez, E., Bobes, J. y Gilaberte, I. (2007). Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *European Psychiatry*, 22, 490-498. <http://dx.doi.org/410.1016/j.eurpsy.2007.1006.1005>.
- Sánchez, A. M., Zandío, M., Peralta, V. y Cuesta, M. (2011). Neurocognición y esquizofrenia. En J. Tirapu Ustárriz & M. Ríos-Lago & F. Maestú Unturbe (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (Vol. 2ª edición). Barcelona: Vigueria.
- Sánchez-Cubillo, I., Periañez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodríguez-Sánchez, J. M., Ríos-Lago, M., Tirapu, J. y Barcelo, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: Role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 438-450. <http://dx.doi.org/410.1017/S1355617709090626>.
- Sánchez-Cubillo, I., Tirapu-Ustárriz, J. y Adrover-Roig, D. (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En J. Tirapu-Ustárriz, A. García-Molina, M. Ríos-Lago y A. Ardila-Ardila (Eds.), *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*. Barcelona: Vigueria Editores.



- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 7-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1792>.
- Sanjuan, P., Pérez, A. M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>.
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L. y Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992. <http://dx.doi.org/910.1093/schbul/sbs1080>.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R. y Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.1007.1009>.
- Schennach, R., Riedel, M., Obermeier, M., Jager, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L. G., Gaebel, W., Klosterkotter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M. R., Ruther, E., Klingberg, S., Gastpar, M., Seemuller, F. y Moller, H. J. (2012). Remission and recovery and their predictors in schizophrenia spectrum disorder: results from a 1-year follow-up naturalistic trial. *The Psychiatric Quarterly*, 83(2), 187-207. <http://dx.doi.org/110.1007/s11126-11011-19193-z>.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R. y Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. <http://dx.doi.org/1610.1176/ajp.1147.1612.1602>.
- Schretlen, D., Hoida Bobholz, J. y Brandt, J. (1996). Development and psychometric properties of the brief test of attention. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 80-89. <http://dx.doi.org/10.1080/13854049608406666>.
- Schulze, B. y Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312. [http://dx.doi.org/210.1016/S0277-9536\(1002\)00028-X](http://dx.doi.org/210.1016/S0277-9536(1002)00028-X).
- Shin, N. Y., Lee, T. Y., Kim, E. y Kwon, J. S. (2014). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(6), 1121-1130. <http://dx.doi.org/1110.1017/S0033291713001803>.
- Shin, S. K. y Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 53(9), 1125-1131. <http://dx.doi.org/1110.1176/appi.ps.1153.1129.1125>.

- Sibitz, I., Provaznikova, K., Lipp, M., Lakeman, R. y Amering, M. (2013). The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: preliminary report. *Psychiatry Research*, 209(3), 326-332.  
<http://dx.doi.org/310.1016/j.psychres.2013.1002.1001>.
- Silverstein, S. M. y Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108-1124.  
<http://dx.doi.org/1110.1016/j.cpr.2008.1103.1004>.
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(5), 368-371.  
<http://dx.doi.org/310.3109/09638230903191256>.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. y Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20084>.
- Slade, M., Powell, R. y Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184. <http://dx.doi.org/110.1007/BF00788236>.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Romanelli, S., Fertuck, E. y Weiss, K. A. (1999). Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1817-1818. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/1810.1176/ajp.1156.1811.1817>.
- Sobrinho-Calzado, T. y Fernández-Liria, A. (2010). Programa de continuidad de cuidados. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 173-199). Madrid: Editorial Síntesis.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401. <http://dx.doi.org/310.2975/2927.2004.2392.2401>.
- Spren, O. y Strauss, E. A. (1998). *Compendium of neuropsychological test: administration, norms, and commentary* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Switaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciorka, J. y Anczewska, M. (2014). Exploring Factors Associated with the Psychosocial Impact of Stigma Among People with Schizophrenia or Affective Disorders. *Community Mental Health Journal*, <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-10014-19800-10591>.
- Tamayo, F., Casals-Coll, G., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calvo, L., Palomo, R., Aranciva, F. y Peña-Casanova, J. (2012).

- Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes), normas para las pruebas span verbal. span visuoespacial. Letter-Number Sequencing. Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27(6), 319-329.  
<http://dx.doi.org/310.1016/j.nrl.2011.1012.1020>.
- Tandon, R., Keshavan, M. S. y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.1004.1011>.
- Teng, E. L. y Chui, H. C. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) examination. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48(8), 314-318.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. y Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.  
[http://dx.doi.org/410.1016/S0140-6736\(1008\)61817-61816](http://dx.doi.org/410.1016/S0140-6736(1008)61817-61816).
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361. <http://dx.doi.org/310.1007/BF01173478>.
- Torgalsboen, A. K. y Rishovd, B. (2002). Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 312-317.  
<http://dx.doi.org/310.1080/0954026021000016950>.
- Torres, A. y Olivares, J. M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33.
- Ücok, A., Cakir, S., Duman, Z. C., Discigil, A., Kandemir, P. y Atli, H. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6), 388-394. <http://dx.doi.org/310.1007/s00406-00006-00651-00409>.
- Ücok, A., Direk, N., Koyuncu, A., Keskin-Ergen, Y., Yuksel, C., Guler, J., Karadayi, G., Akturan, E. y Devrim-Ücok, M. (2013). Cognitive deficits in clinical and familial high risk groups for psychosis are common as in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 265-269.  
<http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2013.1010.1030>.
- Valiente, C., Vázquez, C. y Simon, P. (2010). Marco Teórico de la Evaluación: desde la Rehabilitación Psicosocial a la Recuperación. En J. A. Fernandez, R. Touriño, N. Benitez y C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP. Recuperado de <http://www.youblisher.com/p/715591-Evaluacion-en-Rehabilitacion-Psicosocial/>.

- Vallina, O., Lemos, S., Fernández, M.P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Editorial Síntesis.
- Vargas, M. L., Sanz, J. C. y López-Luengo, B. (2010). Evaluación de las Funciones Cognitivas en Rehabilitación Psicosocial. En J. A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP. Recuperado de <http://www.youblisher.com/p/715591-Evaluacion-en-Rehabilitacion-Psicosocial/>.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. y Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.1007.1005>.
- Vázquez, C., López-Luengo, B. y Florit, A. (1996). Procesamiento de la información y esquizofrenia: hallazgos empíricos y bases teóricas para la rehabilitación. En J. A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Vázquez, C. y Nieto-Moreno, M. (2010). Rehabilitación en salud mental: viejos problemas y nuevas soluciones. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Editorial Síntesis.
- Vázquez-Morejón, A. J., Jimenez García-Bóveda, R., Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/253>.
- Vesterager, L., Christensen, T. O., Olsen, B. B., Krarup, G., Melau, M., Forchhammer, H. B. y Nordentoft, M. (2012). Cognitive and clinical predictors of functional capacity in patients with first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141(2-3), 251-256. <http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2012.1008.1023>.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. y Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <http://dx.doi.org/1310.1093/schbul/sbl1076>.
- Wechsler, D. (1999). *Wechsler adult intelligence scale-III*. Madrid: TEA ediciones.
- Werner, P., Aviv, A. y Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187. <http://dx.doi.org/110.1017/S1041610207005340>.

- Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Rui, Q. y Kopala, L. (2002). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14, 273-283. <http://dx.doi.org/210.1080/0954026021000016914>.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M. y Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220, 604-608. <http://dx.doi.org/610.1016/j.psychres.2014.1007.1012>.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D. y Lysaker, P. (2014). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma: A Review and Comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000100>.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <http://dx.doi.org/1410.1176/appi.ps.1459.1412.1437>.
- Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M. y Lysaker, P. H. (2012). Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 9(3), 248-258. <http://dx.doi.org/210.1037/a0028048>.
- Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 1032-1034. <http://dx.doi.org/1010.1016/j.psychres.2012.1006.1017>.
- Young, S. L., Bullock, W.A. (2003). The mental health recovery measure. En T. Campbell-Orde, Chamberlin, J., Carpenter, J. y Leff, H.S. (Ed.), *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures* (Vol. II). Cambridge, MA.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <http://dx.doi.org/110.1037/0021-1843X.1086.1032.1103>.





## **ANEXOS**





**ANEXO I. MANUAL DEL PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL  
ESTIGMA INTERNALIZADO (PAREI)**

Olimpia Díaz Mandado (en prensa)

Edita: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

ISBN 978-84-606-7662-1

## **INDICE**

### **1. Descripción general del programa**

- 1. 1. Introducción
- 1. 2. Objetivos
- 1. 3. Perfil de los participantes
- 1. 4. Metodología
- 1. 5. Evaluación

### **2. Sesiones**

Sesión 1. Recuperación y estigma

Sesión 2. Ideas falsas sobre los trastornos mentales y sus conexiones con el estigma internalizado

Sesión 3. Pensamientos, emociones y conductas relacionados con la enfermedad

Sesión 4. Autoestima: identificando fortalezas y aceptando dificultades.

Sesión 5. Afrontar el estigma I. Situaciones temidas y estrategias de afrontamiento.

Sesión 6. Afrontar el estigma II. Poner en práctica estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas.

Sesión 7 Afrontar el estigma III. Poner en práctica estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas.

Sesión 8. Resumen y seguimiento del programa

### **Referencias**



## **1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA**

### **1. 1. Introducción**

El estigma internalizado en las personas con trastorno mental grave (TMG) se ha definido como un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, sentimientos negativos hacia uno mismo y comportamientos desadaptativos de autodiscriminación. Este proceso sería resultado de las experiencias personales, las percepciones o la anticipación de las reacciones negativas sociales hacia su trastorno mental (Livingston & Boyd, 2010). El estigma internalizado incluye una dimensión cognitiva que serían los denominados estereotipos (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), una dimensión emocional o prejuicios (vergüenza, desconfianza sobre la propia capacidad, culpa, etc.) y una dimensión conductual o comportamientos de autodiscriminación en respuesta a ese prejuicio, como la falta de aprovechamiento de oportunidades laborales o el rechazo a buscar ayuda (Corrigan & Watson, 2002b). Lejos de ser un problema menor, el estigma internalizado afecta a más de un tercio de las personas con esquizofrenia y otros TMG (Gerlinger et al., 2013). El estigma internalizado supone un obstáculo fundamental en la recuperación estando asociado a una reducción de la esperanza, la autoestima, el empoderamiento, la autoeficacia, la calidad de vida y el soporte social. Las personas que internalizan el estigma internalizado presentan a su vez una mayor severidad de los síntomas y una peor adherencia al tratamiento (Livingston & Boyd, 2010).

La alta prevalencia del estigma internalizado y su grave impacto en el proceso de recuperación de las personas con TMG ha potenciado en los últimos años el diseño de programas específicos dirigidos a la reducción del estigma internalizado y de sus consecuencias. Pese a la escasez de programas disponibles y al carácter reciente de los estudios de eficacia de dichos programas (Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe, & Lysaker, 2014), se están apuntando como relevantes ciertas características metodológicas. Algunas de estas características harían referencia al perfil de participantes, el tipo de intervención o contenidos y duración de las sesiones. Con todas estas

recomendaciones, desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM) se ha diseñado un programa grupal que utiliza de forma combinada estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el apoyo entre iguales dirigido a la reducción del estigma internalizado en su dimensión cognitiva, emocional y conductual.

El programa que se presenta a continuación (denominado Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado o PAREI) está dirigido a mejorar ciertas variables identificadas como estratégicas desde los modelos teóricos y empíricos sobre el proceso de internalización del estigma (i.e. legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma; (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Ilic et al., 2012; Rüsch et al., 2009; Rüsch et al., 2009; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). Estas variables podrían explicar por qué algunas personas con TMG internalizan el estigma y presentan baja autoestima y autoeficacia mientras otras presentan estrategias propias del empoderamiento junto a una elevada autoestima. En primer lugar las personas que presentan estigma internalizado aceptarían y aplicarían información errónea sobre los trastornos mentales que conllevan creencias distorsionadas sobre si mismas y sus capacidades. Estas creencias distorsionadas reforzarían la percepción de que el estigma es legítimo y justo. Es decir una situación estigmatizante (por ejemplo no ser contratado) se percibiría como legítima si una creencia sobre la enfermedad mental se percibe como cierta o precisa (por ejemplo la creencia de que las personas con trastorno mental son incompetentes laboralmente). Para reducir la legitimidad percibida de discriminación el PAREI utiliza técnicas psicoeducativas y de reestructuración cognitiva que cuestionen la veracidad y precisión de las creencias distorsionadas sobre los trastornos mentales. En segundo lugar, percibir el estigma como legítimo y justo conllevaría la desvalorización de uno mismo y del grupo de personas con TMG (Corrigan & Watson, 2002a; Rüsch, Lieb, Bohus, & Corrigan, 2006). Para fomentar la identificación con el grupo de personas con TMG, atribuir valor al propio grupo y mejorar la autoestima se ha fomentado el apoyo mutuo entre los participantes así como el uso de materiales con narrativas y experiencias *en primera persona* de otros iguales en un proceso avanzado de recuperación. Esta metodología tiene como objetivo que los participantes desarrollen

una identidad positiva a través de la interacción con otros iguales del grupo estigmatizado (Watson et al., 2007). Igualmente se ha intervenido sobre la autoestima desde la identificación de capacidades y fortalezas personales en el desarrollo de roles sociales valiosos y desde la aceptación de las dificultades con una metodología similar a la utilizada en el programa de Fung et al., (2011). Por último una alta legitimidad percibida de discriminación junto a una baja consideración del grupo de personas con TMG puede fomentar un afrontamiento al estigma basado en la desesperanza, la ocultación del trastorno mental y la distancia social de otras personas con trastornos mentales. Por el contrario una baja legitimidad percibida de discriminación o bien la consideración del grupo de personas con trastornos mentales como valioso puede predecir estrategias adaptativas ante el estigma (Rüsch et al., 2009). Por ello en tercer lugar se ha realizado un entrenamiento específico de estrategias de afrontamiento opuestas al estigma internalizado como la educación a otras personas, la búsqueda de apoyo social, el desafío de las creencias distorsionadas o las habilidades asertivas. Para entrenar estrategias de afrontamiento ante el estigma se han utilizado técnicas cognitivo conductuales que incluye entre otras el modelado, el rol-playing o las autoinstrucciones. Igualmente se han utilizado estrategias motivacionales durante el entrenamiento de estrategias de afrontamiento valorando las ventajas y desventajas de las estrategias para fomentar la motivación por el cambio en los participantes.

## **1. 2. Objetivos**

### **Objetivo general**

Reducir el estigma internalizado en su dimensión cognitiva, emocional y conductual

### **Objetivos específicos**

Reducir la legitimidad otorgada a la discriminación

Ampliar y adquirir adecuadas estrategias de afrontamiento al estigma

Fomentar la identificación de los participantes con un grupo valioso de personas con trastornos mentales

Mejorar la identificación de cualidades y fortalezas personales así como la aceptación y cambio de dificultades



### **1. 3. Perfil de los participantes**

- Tener un Trastorno Mental Grave
- Edad comprendida entre los 18 y 65 años
- Presencia de elevado estigma internalizado: puntuación de corte mayor o igual a 2,5 en la puntuación total o en alguna de las subescalas de la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental*, excepto discriminación experimentada (Ritscher, Otilingam, & Grajales, 2003) .
- Ausencia de deterioro cognitivo grave
- Ausencia de diagnóstico de retraso mental
- Ausencia de síntomas psicóticos agudos que impidan la participación en el programa

### **1. 4. Metodología**

El programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado consta de 8 sesiones semanales de dos horas de duración. Es recomendable que el programa sea impartido por dos psicólogas y que esté formado por 6 u 8 participantes. Los materiales incluyen el uso de la pizarra, presentaciones en formato power point, videos y ejercicios en papel. Los participantes recibirán al principio de cada sesión el material utilizado en power point así como los ejercicios que hayan realizado previamente. No se incluyen tareas para casa, excepto en la sesión 4. Todas las sesiones comienzan con un resumen de la sesión anterior y una descripción de los contenidos y objetivos de la sesión actual.

Los contenidos de las sesiones del programa son los siguientes:

Sesión 1. Estigma internalizado como barrera de la recuperación

Sesión 2. Ideas falsas sobre los trastornos mentales y su relación con el estigma internalizado

Sesión 3. Pensamientos, emociones y conductas relacionados con el estigma internalizado

Sesión 4. Autoestima: identificando fortalezas y aceptando dificultades.

Sesión 5. Afrontar el estigma II. Situaciones temidas y estrategias de afrontamiento utilizadas

Sesión 6. Afrontar el estigma III. Aprender nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas

Sesión 7. Afrontar el estigma III. Practicar nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas

Sesión 8. Resumen de los contenidos



## **2. SESIONES**

### **SESIÓN 1. ESTIGMA INTERNALIZADO COMO BARRERA DE LA RECUPERACIÓN**

#### **Objetivos específicos**

Fomentar la cohesión grupal

Informar de los objetivos, contenidos y metodología del programa

Definir el concepto de recuperación

Proporcionar información sobre el pronóstico y recuperación de personas con trastornos mentales

Definir el estigma social y estigma internalizado

Conocer como el estigma social e internalizado afecta los pensamientos, emociones y conductas de los participantes.

#### **Materiales**

Pizarra, ordenador con proyector

Dos presentaciones en power point

Ejercicio individual sobre recuperación

#### **Organización de la sesión**

1. Mensaje de bienvenida y ejercicio de presentación.
2. Introducción al programa
3. Ejercicio individual sobre recuperación: El concepto de recuperación.
4. Barreras en la recuperación: el estigma social y el estigma internalizado.  
Ejercicio grupal sobre el estigma
5. Narrativa de recuperación

#### **Procedimiento**

##### **1. Mensaje de bienvenida y ejercicio de presentación.**

El terapeuta y coterapeuta comienzan presentándose a los participantes y haciendo una breve introducción al objetivo general del programa. Un ejercicio de presentación

puede facilitar el conocimiento entre los participantes. Estos son invitados a presentarse con su nombre y tres aspectos sobre si mismos (cualidades, intereses, etc.) al resto de los participantes. El terapeuta comienza la práctica del ejercicio.

## **2. Introducción al programa**

El terapeuta facilita una introducción detallada sobre el objetivo y estructura del programa utilizando una presentación en power point.

## **3. Concepto de recuperación**

Este apartado incluye los siguientes contenidos:

- Ejercicio individual sobre la propia definición de recuperación y puesta en común destacando aspectos comunes de las diferentes definiciones
- Definiciones de recuperación
- Datos e información objetiva sobre pronóstico y recuperación. Obstáculos y facilitadores del proceso de recuperación. Se utilizará una presentación en power point.

## **4. Barreras en la recuperación: el estigma social y el estigma internalizado**

Este apartado incluye los siguientes contenidos:

- Información sobre estigma social e internalizado e impacto del mismo (material en power point).
- Ejercicio grupal: preguntas para la reflexión

Este ejercicio pretende generar un debate grupal sobre el estigma desde la perspectiva de los participantes. Para ello se utilizarán las siguientes preguntas: “¿Has notado un trato distinto o discriminatorio debido al trastorno mental? ¿en que situaciones?” , “¿Que consecuencias tiene para ti ese trato? ¿Crees que impide de alguna forma tu recuperación?”, “¿Es posible la recuperación pese al estigma social?”.

## **5. Narrativa de recuperación:**

Para finalizar la sesión se utilizará alguna narrativa escrita sobre la experiencia de la recuperación personal. Las narrativas pueden seleccionarse por ejemplo de la pagina

web [www.1decada4.es](http://www.1decada4.es) de la Junta de Andalucía (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales) o de libros como “El camino de la recuperación” de Antonio Ramos (2010).

## **6. Material de apoyo para el profesional**

El concepto de recuperación se ha definido de diferentes maneras. Los profesionales habitualmente hacen más énfasis en la reducción de síntomas, adecuado funcionamiento psicosocial (ocupación normalizada, red social, autonomía e independencia, etc.) y los usuarios de los servicios de salud mental hacen más énfasis en el manejo de los síntomas (y poca repercusión), satisfacción personal, consecución de objetivos personales, buena autoestima, ausencia o reducción del tratamiento farmacológico, asumir el control de su propia vida, etc. Ambos conceptos de recuperación, clínica y subjetiva, serían complementarios. Aportar datos sobre la recuperación puede facilitar el objetivo de fomentar esperanza entre los participantes. A la hora de abordar el concepto de estigma internalizado es importante hacer énfasis en que el impacto del estigma internalizado puede darse en alguna de las tres dimensiones: cognitiva, emocional o conductual. Por ejemplo no siempre la persona acepta esas ideas falsas pero puede tener emociones negativas asociadas (por ejemplo vergüenza, decepción consigo mismo, etc.) y conductas de autodiscriminación (no relacionarse, no intentar buscar un empleo, etc.).

Ejemplos que pueden utilizarse para explicar el estigma social:

- Si una persona piensa que las personas con trastorno mental son agresivas y violentas (estereotipo), sentirá miedo (prejuicio) y no tendrá ningún tipo de contacto con las personas con trastorno mental (discriminación).
- Si un empresario piensa que las personas con trastorno mental no pueden trabajar igual de bien que las personas sin trastorno mental (estereotipo), sentirá falta de interés (prejuicio) y no contratará a personas con trastorno mental (discriminación)
- Si una persona piensa que no puedes hacer las cosas solo/a, de manera autónoma (estereotipo), puede sentir pena por ti (prejuicio) y puede hacer las cosas por ti (sobreprotección).

Ejemplos que pueden utilizarse para explicar el estigma internalizado:

- Si una persona con trastorno mental piensa que es responsable y culpable de tener su trastorno mental (estereotipo), se sentirá avergonzada (prejuicio) y no hará esfuerzos por relacionarse con nadie (discriminación)
- Si una persona con trastorno mental piensa que no se puede recuperar de su trastorno y que siempre estará igual (estereotipo) se sentirá desesperanzada (prejuicio) y no tendrá compromiso con su tratamiento (no ira al CRPSL o no tomará la medicación, etc.)

En el ejercicio grupal sobre la percepción de estigma y sus consecuencias hay que prestar especial atención a las reacciones emocionales (vergüenza, decepción, etc.), de auto-desvalorización (baja autoestima) y conductuales (evitación, aislamiento, etc.) de los participantes. Igualmente debe prestarse especial atención a las actitudes paternalistas percibidas en los otros (por ejemplo su familia le trata como a un niño), desvalorización (falta de interés por parte de los demás, percepción de no poder conseguir nada, le toman menos en serio, etc.) así como a conductas de discriminación tales como no haber conseguido un trabajo debido al trastorno mental o a estar en tratamiento, rechazo social, etc.

## **SESIÓN 2. IDEAS FALSAS SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y SU RELACIÓN CON EL ESTIGMA INTERNALIZADO.**

### **Objetivos específicos:**

Exponer las ideas falsas más comunes sobre los trastornos mentales.  
Cuestionar la veracidad de esas ideas falsas proporcionando información correcta.  
Ayudar a los participantes a reemplazar las ideas falsas y estigmatizantes  
Reducir la legitimidad otorgada a la discriminación hacia los trastornos mentales

### **Materiales**

Pizarra

Tarjetas con ideas falsas y tarjetas en blanco para construir las ideas más verdaderas

### **Organización de la sesión**

1. Introducción a la sesión
2. Psicoeducación: estigma hacia el trastorno mental
3. Ejercicio: Tarjeta de ideas falsas e ideas más verdaderas

#### **1. Introducción a la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

#### **2. Psicoeducación: ideas falsas hacia el trastorno mental**

En este apartado se expone a los participantes la existencia de ideas falsas sobre el trastorno mental que existen en la sociedad tal como se vio en la primera sesión y sus conexiones con el estigma internalizado.

Los mitos o ideas falsas más comunes tienen relación con:

- La inmutabilidad, incurabilidad e imposibilidad de recuperación
- La peligrosidad
- La extrañeza de sus conductas e impredecibilidad



- dificultad de relación e incapacidad para manejar y asumir el control de su propia vida
- Culpabilidad sobre su trastorno

### **3. Ejercicio: Tarjeta de ideas falsas e ideas más verdaderas**

El procedimiento en este ejercicio es el siguiente:

- Se selecciona una tarjeta que se lee en alto
- El terapeuta invita a los participantes a expresar su punto de vista sobre el contenido y a comentar las evidencias a favor y en contra.
- El coterapeuta los escribe en la pizarra
- El terapeuta facilita más evidencia para cambiar las ideas falsas
- Finalmente en una tarjeta en blanco se escribe la idea más verdadera que se haya consensuado en el grupo

Este procedimiento se repite con todas las tarjetas. Las tarjetas creadas en el grupo pueden pegarse en la pizarra o en algún lugar visible.

Ideas falsas:

1. Las personas con trastorno mental son violentas y peligrosas
2. Las personas con trastorno mental no se recuperan nunca
3. Las personas con trastorno mental necesitan que otras personas tomen todas las decisiones por ellos, no pueden decidir por si mismas
4. Las personas con trastorno mental son impredecibles y extrañas.
5. Las personas con trastorno mental tienen la culpa de tener el trastorno
6. Las personas con trastorno mental no pueden contribuir en nada a la sociedad.
7. Las personas con trastorno mental no pueden vivir de forma independiente, necesitarán depender de otros toda su vida
8. La gente con un trastorno mental no puede vivir una vida plena y gratificante
9. Las personas con trastorno mental no pueden trabajar y los que lo hacen, son trabajadores" de segunda".

## 6. Material de apoyo para el profesional

Se expone a los participantes que esas ideas son falsas ya que no se basan en datos objetivos ni en evidencias o son una exageración o mala interpretación de aspectos relacionados con el trastorno mental. Es importante conectar aquí el estigma social con el estigma internalizado, de forma que en ocasiones se asumen e internalizan esas ideas falsas. En otras ocasiones no se asumen, uno es consciente de la falsedad pero generan emociones negativas (vergüenza, baja autoestima, etc.). Poner ejemplos de estas conexiones entre pensamientos y emociones.

Es importante destacar de cara a cuestionar la veracidad y legitimidad de las ideas falsas abordar varios aspectos a lo largo de la sesión:

- No todo el mundo en la sociedad tiene esas ideas falsas. Se puede preguntar a los participantes si conocen a alguien que no piense de ese modo (con una idea falsa en concreto por ejemplo con la imposibilidad de recuperación si conocen a alguien – profesional, amigo, familiar, otros participantes, etc.- que no comparta esa idea).
- A lo largo de la historia han existido muchas ideas falsas sobre determinados colectivos que con el paso del tiempo se ha demostrado que no tienen evidencia: por ejemplo que las mujeres eran menos inteligentes que los hombres.

En el ejercicio sobre las ideas falsas, el material se presenta dirigido a fomentar la discusión entre los participantes, no como cuestiones que deben ser categóricamente aceptadas. El objetivo es ayudar a reemplazar mitos erróneos o estigmatizantes pero no cuestionar la experiencia de la persona y la comprensión personal de la misma. Para ello, se utiliza una metodología propia de la reestructuración cognitiva donde se *lanzan* preguntas dirigidas a comprobar la evidencia a favor o en contra de cada idea estigmatizante. La dificultad a la hora de trabajar con las ideas estigmatizantes o mitos estriba en que no son pensamientos totalmente absurdos o completamente alejados de la realidad sino que, basándose en ciertos aspectos o situaciones concretas o puntuales, se configura una idea estigmatizante que afecta a todas las personas con trastorno mental bajo cualquier circunstancia. Es esta generalización la que es absurda o alejada de la realidad. El objetivo con esta sesión sería cuestionar las ideas estigmatizantes, valorando la evidencia a favor y en contra, llegando a crear entre

todos los participantes y con el apoyo del profesional, la idea más verdadera, es decir la idea que cuenta con más evidencia o más apoyos.

Por ejemplo, la afirmación estigmatizante “Las personas con trastorno mental necesitan que otras personas tomen decisiones por ellos, no pueden decidir por si mismas” puede estar basada en una minoría de personas con trastorno mental que están incapacitadas legalmente, y que necesitan que otras personas, sus tutores legales, tomen decisiones importantes por ellos con el objetivo de protegerles. Incluso en estos casos, no significa que la persona no pueda tomar absolutamente ninguna decisión por si misma, ya que los seres humanos tomamos decisiones continuamente desde aspectos cotidianos (a que hora levantarnos, qué desayunar, etc.) hasta aspectos de más importancia (que partido político votar o si contratar o no un crédito bancario). Ni siquiera por el hecho de que algunas personas estén incapacitadas legalmente o en situación de estarlo, puede afirmarse que no puedan tomar ciertas decisiones o que todas las personas con trastorno mental no puedan tomar decisiones por si mismas.

En el ejercicio es importante abordar las tarjetas en el orden que se indica ya que dependiendo del nivel de participación pueden no debatirse todas en la sesión. Las cinco primeras ideas son las que tendrían que discutirse ya que son las que hacen referencia a los pensamientos estigmatizantes fundamentales (peligrosidad, imposibilidad de recuperación, incapacidad para manejar y asumir el control de su propia vida, impredecibilidad y extrañeza y culpabilidad sobre su trastorno). Las cuatro últimas tarjetas servirían para reforzar el debate de las primeras.

### **SESIÓN 3. PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTAS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO MENTAL.**

#### **Objetivos específicos:**

Explicar la relación entre los pensamientos, emociones y conductas

Ayudar a los participantes a comprender la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el trastorno mental.

Identificar situaciones temidas y pensamientos, emociones y conductas en las mismas.

#### **Materiales:**

Pizarra, ordenador y proyector, ejercicio en papel.

#### **Organización de la sesión:**

1. Introducción de la sesión
2. Explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas
3. Ejercicio grupal: “Buscando un final feliz”.
4. Ejercicio individual: Comprender pensamientos, emociones y conductas negativas asociadas a trastorno mental.

#### **Procedimiento**

##### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. Para introducir la sesión se puede utilizar un video corto de 4 minutos sobre estigma realizado con el apoyo del Grupo de Sensibilización sobre Salud Mental de Andalucía ([http://www.youtube.com/watch?v=o8zKb\\_tC\\_uo](http://www.youtube.com/watch?v=o8zKb_tC_uo)). Posteriormente el terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión actual.

##### **2. Explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas**

En este momento el terapeuta expone a los participantes la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Para ello se utiliza un material en power point.

### **3. Ejercicio. Buscando un final feliz.**

Con este ejercicio, se pretende que los participantes “imaginen” otras formas de interpretar la situación y otras emociones asociadas que tengan como consecuencia, conductas más útiles y no tan perjudiciales.

### **4. Comprender pensamientos, emociones y conductas negativas asociadas al trastorno mental. Ejercicio individual.**

El objetivo en este apartado es ayudar a los participantes a identificar pensamientos, emociones y comportamientos negativos sobre aspectos relacionados con el trastorno mental (como estar en tratamiento o diagnosticados). Partimos de la diapositiva de power point sobre emociones asociadas al trastorno y les preguntamos a los participantes si han tenido alguna de esas emociones asociadas al hecho de estar en tratamiento o diagnosticados. A partir de ahí, les pedimos que realicen el ejercicio de forma individual en el que identifican pensamientos y sus consecuencias. Los terapeutas van ayudando a los participantes a completar el ejercicio.

Posteriormente se ponen en común los ejercicios de los participantes y se les pide su participación para valorar entre todos los miembros del grupo la evidencia y también la utilidad de esos pensamientos. En esta sesión podemos trabajar en grupo con un ejercicio de uno de los participantes y registrar el pensamiento alternativo. El resto de pensamientos registrados los utilizaremos en las sesiones de afrontamiento (6 y 7).

Al finalizar la sesión se presenta un ejemplo con evidencias a favor y en contra de un pensamiento.

### **5. Material de apoyo para el profesional**

La interpretación de las personas sobre situaciones específicas afecta a sus emociones y sus conductas. Los pensamientos, emociones y conductas se influyen entre ellas mediante un ciclo interactivo. El terapeuta puede usar los siguientes ejemplos para ilustrar el modelo en power point.

:

Ejemplo 1. Cuando alguien me mira en la calle (situación), puedo pensar que “esa persona está pensando que tengo mal aspecto, que todo el mundo me rechaza y todo me sale mal” (pensamiento). Esto hace que me sienta nerviosa y triste (consecuencia: emociones). Por tanto a partir de eses momento intentaré no salir de mi casa (consecuencia: conducta) con el fin de evitar estas situaciones no deseadas.

Ejemplo 2. Voy en el autobús y una persona se levanta de su asiento cuando yo me siento a su lado (situación). Pienso que esa persona sabe que tengo un trastorno mental y quiere mantenerse alejado de mí, que no valgo para nada y que nunca podré relacionarme con normalidad (pensamiento). Me siento avergonzado y entristecido (consecuencia: emoción) e intento a partir de ahora no utilizar el transporte público y evitar el contacto interpersonal (consecuencia: Comportamiento).

El terapeuta utiliza estos dos ejemplos para trabajar los siguientes aspectos:

- Las pensamientos son interpretaciones subjetivas que hace cada persona (es decir no es un reflejo fiel de la “realidad”)
- En ocasiones esas interpretaciones no tienen evidencia, es decir serían conclusiones precipitadas, no tendríamos pruebas “objetivas”. Puede resultar útil utilizar los ejemplos expuestos en el power point y cuestionar la evidencia de esos pensamientos, intentando hacer partícipe a los miembros del grupo al cuestionar la evidencia.
- Si las conductas son perjudiciales para mí y tienen tanta relación con mis interpretaciones y emociones, puedo intentar interpretar las situaciones de otra manera para no sentirme tan mal o tener comportamientos que me perjudican.

El ejercicio de “Buscando un final feliz” tiene como objetivo cuestionar las pensamientos de los ejemplos anteriores y generar interpretaciones alternativas (por ejemplo puede que esa persona sepa que tengo trastorno mental y quiera mantenerse alejado de mí aunque puede que tenga otros motivos para levantarse, si sabe que tengo un trastorno mental y por eso me rechaza eso significa que tiene bastante desinformación y desconocimiento sobre los trastornos mentales, puede que a mí no me interese estar cerca de personas tan desinformadas, etc.), la forma de interpretar la situación puede generar emociones negativas aunque no tan intensas.

El terapeuta pondrá especial cuidado en no confrontar y cuestionar directamente al participante, haciendo hincapié en que hay muchas maneras de interpretar la realidad, algunas con más evidencias que otras y algunas más útiles que otras, siendo el objetivo de la puesta en común identificar otras interpretaciones con más evidencia y más útiles para la persona.

Algunas preguntas dirigidas a buscar evidencias son:

“¿Qué evidencias existe a favor de ese pensamiento? ¿Qué datos o pruebas tienes? ¿hay otra forma de enfocar esto? ¿Siempre has pensado así? ¿Crees que otra persona podría pensar de otra manera?”

Algunas preguntas dirigidas a evaluar la utilidad del pensamiento: “¿de que te sirve pensar eso?, ¿te ayuda este pensamiento a conseguir tus objetivos o a solucionar el problema? ¿te ayuda a sentirte bien? Si este pensamiento lo tuviese otra persona ¿Qué le dirías para afrontar la situación?”

## **SESIÓN 4. AUTOESTIMA: IDENTIFICANDO FORTALEZAS Y ACEPTANDO DIFICULTADES.**

### **Objetivos específicos**

Reflexionar sobre los efectos del estigma en nuestra autoestima.

Enfatizar sus experiencias y roles positivos.

Identificar fortalezas personales y las propias capacidades y recursos frente a las discapacidades

Reconocer y aceptar las debilidades o dificultades personales

### **Materiales:**

Pizarra, ordenador y proyector, tres ejercicios

### **Organización de la sesión:**

1. Introducción de la sesión. Ejercicio de calentamiento.
2. Ejercicio: roles sociales y autoestima.
3. Ejercicio: practicando la aceptación
4. Ejercicio para casa: exploración de las fortalezas personales (power point en tarjetas).

### **Procedimiento:**

#### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión. Se comienza la sesión con un ejercicio grupal de calentamiento donde se pregunta a los participantes “¿Creéis que el hecho de estar diagnosticados o en tratamiento afecta a como os valoráis y al concepto que tenéis de vosotros mismos?” “¿de que forma afecta?”. El terapeuta/coterapeuta anima a los participantes a exponer sus opiniones durante los primeros 10 minutos de la sesión.



## **2. Ejercicio: roles sociales y autoestima.**

Este ejercicio ha sido adaptado por Fung et al., (2011) del listado de roles propuesto por Oakley et al., (1986). Tiene como objetivo ayudar a los participantes a explorar sus capacidades personales desde el cumplimiento de diferentes roles. Una vez que los participantes identifican que roles han desempeñado en el pasado y en el presente, se les pide que identifiquen como mínimo tres cualidades o aspectos positivos en los roles que desempeñan en la actualidad. Posteriormente se pone en común el ejercicio. Se anima a los participantes a que, como “tarea para casa”, pregunten a personas significativas (miembros de tu familia, amigos, profesionales de salud mental, etc.) sobre sus cualidades en el desempeño de cada rol con el objetivo de completar el ejercicio.

## **3. Ejercicio: practicando la aceptación**

Este ejercicio tiene como objetivo reflexionar la necesidad de aceptación de las debilidades o dificultades que identifican los participantes. En este ejercicio, el terapeuta comienza explicando un ejemplo de aceptación y posteriormente pide a los participantes que identifiquen una dificultad. Se aborda en común ventajas de la aceptación y desventajas de la no aceptación.

## **4. Ejercicio para casa: exploración de las fortalezas personales.**

Este ejercicio tiene como objetivo afirmar el valor y las fortalezas personales así como continuar identificando las propias capacidades y recursos personales frente a las discapacidades. Para ello se utilizará la clasificación de las fortalezas humanas a través de 24 rasgos positivos organizados en términos de seis virtudes fundamentales (Park & Peterson, 2009). Se reparte entre los participantes la clasificación de las fortalezas humanas en forma de baraja de cartas para que puedan llevárselos a casa y seleccionen un mínimo de tres fortalezas que crean que poseen.

## **5. Material de apoyo para el profesional**

En la introducción de esta sesión es importante hacer hincapié en la forma en la el estar diagnosticados o en tratamiento puede afectar a la autoestima. El terapeuta expone que todas las personas poseemos “fortalezas y debilidades” (o

cualidades/defectos; puntos fuertes y puntos débiles, etc-) y que los problemas habituales de autoestima se derivan en muchas ocasiones de no identificar adecuadamente nuestras fortalezas o bien de sobredimensionar nuestras dificultades. El terapeuta expone las dificultades que existen para identificar nuestras cualidades (relacionado con errores cognitivos) como por ejemplo pensar que una cualidad tiene que estar presente al 100% en nuestra conducta para considerarla como tal (por ejemplo la puntualidad) o bien desestimar fortalezas o cualidades que uno entiende que tienen que ser deseables en todo el mundo (por ejemplo la honradez).

Identificar las fortalezas personales es importante para mejorar la autopercepción y autoestima entre las personas con trastorno mental. Es común que las personas con trastorno mental tiendan a centrar su identidad en el rol de “enfermos” y desprecien o minimicen sus experiencias exitosas en el cumplimiento de otros roles personales. La promoción de una identidad personal y grupal positiva es esencial para reducir la legitimidad del estigma. El listado de roles es utilizado para ayudar a los participantes a revisar sus roles en su vida pasada y presente. El terapeuta ayuda a los participantes a mirar hacia atrás en sus experiencias positivas y en el logro de otros roles de vida (por ejemplo ayudar a otros como voluntarios o ser bueno en ciertos deportes). Es importante enfatizar estratégicamente ciertas identidades o roles que son valorados socialmente. En muchas ocasiones los participantes pueden añadir otros roles, como los familiares (por ejemplo tío) e incluso el rol de usuario o paciente. El terapeuta puede aprovechar para normalizar las experiencias psiquiátricas de los participantes.

En el ejercicio “Practicando a aceptación”, los participantes expondrán dificultades que tienen relación con la aparición del trastorno (por ejemplo pobres relaciones interpersonales, peor funcionamiento cognitivo o un peor funcionamiento psicosocial después del inicio de la enfermedad). En lugar de culparse a sí mismo de ser “enfermos mentales” o percibirlo como un aspecto completamente inmutable y discapacitante, la persona puede aprender a aceptar ciertas dificultades para o bien poder modificarlas o bien centrarse en la mejora de otros aspectos personales. La aceptación no significa “resignarse” a tener ciertas dificultades, sino significa que partiendo de la presencia de esa dificultad, uno puede intentar reducir el impacto que tiene en su vida.



## **SESIÓN 5. AFRONTAR EL ESTIGMA I. SITUACIONES TEMIDAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**

### **Objetivos específicos:**

Identificar las situaciones personales estigmatizantes temidas

Reflexionar sobre la utilidad de las estrategias utilizadas ante las situaciones estigmatizantes

Motivar por el aumento de repertorio de estrategias de afrontamiento ante el estigma

Introducir diferentes estrategias de afrontamiento del estigma.

### **Materiales:**

Pizarra, ordenador y proyector

Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas

Power point “Estrategias adecuadas e inadecuadas”

Power point “Estrategias de afrontamiento al estigma”

Material escrito con las estrategias de afrontamiento al estigma

### **Organización de la sesión:**

1. Introducción
2. Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas
3. Estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas: adecuadas o inadecuadas?
4. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (finaliza en la siguiente sesión)

### **Procedimiento:**

#### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión. Se ponen en común las dos “tareas para casa” (preguntar a otros significativos sobre cualidades de sus roles y las tarjetas con las fortalezas personales).

## **2. Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas**

En este ejercicio se ayuda a los participantes a identificar dos o más situaciones personales estigmatizantes temidas así como las estrategias utilizadas para enfrentarse a ellas

En el ejercicio, el terapeuta les ayuda a identificar las emociones asociadas a esas situaciones temidas así como las ventajas y desventajas de las estrategias de afrontamiento utilizadas. El ejercicio se realiza individualmente con el apoyo del terapeuta/coterapeuta y se pone posteriormente en común, solicitando la participación de los miembros del grupo (por ejemplo “¿os ha ocurrido una situación parecida?” “¿Cómo os habéis enfrentado a esa situación?”).

## **3. Estrategias de afrontamiento ante el estigma: adecuadas o inadecuadas**

Una vez que se ha finalizado el ejercicio individual, el terapeuta expone que existen estrategias adaptativas y estrategias desadaptativas de afrontamiento ante situaciones estigmatizantes. El terapeuta evita confrontar o cuestionar directamente las estrategias utilizadas en los ejemplos de los participantes pero describe los criterios que definen y diferencian ambos tipos de estrategias (en el material de power point) y les pide aportación a los participantes para completar la definición. Después de este ejercicio se pide a los participantes que durante unos minutos evalúen sus propias estrategias de afrontamiento escritas en el ejercicio anterior y valoren si son adecuadas o inadecuadas. Posteriormente se pone en común preguntando a los participantes si han valorado que la estrategia que había utilizado es inadecuada y por qué. Se pueden poner ejemplos de estrategias adecuadas e inadecuadas utilizando los ejercicios individuales de los participantes.

En este momento es importante motivar para cambiar las estrategias en los participantes que han valorado sus estrategias como inadecuadas.

## **4. Estrategias para afrontar el estigma**

El terapeuta expone diferentes formas de afrontar las situaciones temidas utilizando un material en power point intentando ejemplificar cada una de ellas ante situaciones

concretas y haciendo referencia a las estrategias descritas por los participantes en el primer ejercicio de la sesión.

Las estrategias de afrontamiento que se detallan en el material en power point son las siguientes:

Búsqueda de apoyo social

Cambiar mi forma de interpretar la situación

Educar y enseñar a otros

Divulgación, revelar la enfermedad

Ser asertivo

Indiferencia, distanciamiento

Tomármelo con humor

Recordarme mensajes positivos

Después de cada estrategia el terapeuta realiza una serie de preguntas al grupo:

“¿Alguna vez habéis puesto en práctica esta estrategia?”, “¿Se os ocurre alguna situación donde podría ser útil practicar esta estrategia?”

El terapeuta da uno o dos ejemplos donde puede utilizarse esa estrategia. El terapeuta expone ventajas y desventajas de cada estrategia utilizando los ejemplos mencionados por los participantes o por el mismo y solicita a los participantes su opinión sobre otras ventajas/desventajas.

## **5. Material de apoyo para el profesional**

Las situaciones estigmatizantes temidas por parte de los participantes pueden ser situaciones que hayan experimentado recientemente o en el pasado y también situaciones que teman vivir y que eviten activamente (muchas personas con TMG no experimentan situaciones de estigma ya que ocultan activamente el hecho de estar diagnosticado o en tratamiento). Algunos ejemplos pueden ser: encontrarse a conocidos cuando están haciendo algo relacionado con su tratamiento (por ejemplo farmacia, atención primaria, viniendo al CRPSL, consulta de salud mental, etc.),

experiencias relacionadas con el mundo laboral (por ejemplo preguntas del entrevistador sobre su discapacidad o aspectos del curriculum, etc.), etc.

Muchas personas con TMG tienen emociones de alienación vinculados al hecho de tener trastorno mental (vergüenza, decepción con uno mismo, sentirse inferior a los demás, fuera de lugar, etc.) incluso aunque no presenten conductas autodiscriminatorias. Se puede partir de esas emociones para completar el ejercicio. Igualmente pueden identificar situaciones que aparentemente no son estigmatizantes porque no implican discriminación real pero que ellos las perciben así por los pensamientos que tienen en ellas (por ejemplo familiares que vienen a comer a casa, y el usuario tiene pensamientos de minusvaloración y emociones de vergüenza asociadas).

La puesta en común puede ayudar a los participantes a percibir que otras personas se enfrentan a situaciones estigmatizantes parecidas y a identificar otras estrategias de afrontamiento ante situaciones similares.

Es importante recordar que una estrategia puede ser adecuada o inadecuada dependiendo de las consecuencias (ventajas/desventajas) que tenga para la persona y la situación concreta. Así ocurre igualmente en las estrategias de afrontamiento al estigma que se expondrán en esta y en la siguiente sesión. Por ejemplo la estrategia de divulgación puede conllevar ventajas en determinadas situaciones pero también aumenta el riesgo de una mayor discriminación. El terapeuta ayuda a identificar las ventajas y desventajas de cada estrategia en cada situación pero respetando que la elección de una determinada estrategia es una decisión personal de cada participante.

## **SESIÓN 6. AFRONTAR EL ESTIGMA II. PONER EN PRÁCTICA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES TEMIDAS.**

### **Objetivos específicos:**

Practicar las diferentes estrategias de afrontamiento aprendidas en las situaciones temidas identificadas previamente.

Valorar las ventajas y desventajas del uso de nuevas estrategia en las situaciones temidas

Motivar por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento ante el estigma

### **Materiales:**

Pizarra, ordenador y proyector

Material escrito con el resumen de las estrategias de afrontamiento descritas

Ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”.

Ejercicio de la sesión anterior “Evaluando el afrontamiento del estigma”

### **Organización de la sesión:**

1. Introducción de la sesión
2. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (continuación de la sesión anterior)
3. Práctica de estrategias de afrontamiento

### **Procedimiento:**

#### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

#### **2. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (continuación de la sesión anterior)**

Se continúa con la exposición de las estrategias de afrontamiento de la sesión anterior y con las preguntas grupales sobre cada estrategia.



### **3. Práctica de estrategias de afrontamiento**

El objetivo en este apartado es poner en práctica las estrategias de afrontamiento que se expusieron en la sesión anterior. Para ello, se utiliza el ejercicio de la sesión anterior donde los participantes registraron situaciones estigmatizantes temidas que habían identificado y el ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”. Este ejercicio se pone en práctica cuando el participante hubiera valorado la estrategia utilizada como inadecuada o bien cuando siendo valorada como adecuada, puede ampliar con otras estrategias. En el caso que sea necesario, los participantes pueden volver a registrar más situaciones estigmatizantes temidas.

En primer lugar se realiza un ejercicio individual, en el que analizan que otras estrategias de las aprendidas pueden utilizarse ante la situación estigmatizante que habían registrado. A los participantes se les entregará una hoja resumen con todas las estrategias que se vieron el día anterior. Igualmente se registrarán las ventajas y desventajas del uso de la nueva estrategia. Posteriormente se pondrá en común cada ejercicio y esto servirá para aumentar la reflexión y la identificación de ventajas y desventajas con las aportaciones del resto de participantes y terapeutas.

Durante la puesta en común, el terapeuta intentará que se pongan en práctica la mayor parte de las estrategias y en el caso de “Ser Asertivo”, realizará un rol playing incluyendo el modelado por parte del terapeuta. De la misma forma, en la estrategia “Recordarme mensajes positivos” el terapeuta intentará que sea el participante el que elabore sus propios mensajes positivos y los escriba. En esta estrategia, para identificar mensajes positivos es útil identificar los pensamientos negativos asociados a la situación y cuestionarlos, sustituyéndolos por mensajes positivos.

## **SESIÓN 7. AFRONTAR EL ESTIGMA III. PONER EN PRÁCTICA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES TEMIDAS.**

### **Objetivos específicos:**

Practicar las diferentes estrategias de afrontamiento aprendidas en las situaciones temidas identificadas previamente.

Valorar las ventajas y desventajas del uso de nuevas estrategia en las situaciones temidas

Motivar por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento ante el estigma

### **Materiales**

Pizarra, ordenador y proyector

Material escrito con el resumen de las estrategias de afrontamiento descritas

Ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”.

Ejercicio de la sesión anterior “Evaluando el afrontamiento del estigma”

Material escrito con descripción de técnicas asertivas y ejercicio “Recordarme mensajes positivos”

### **Organización de la sesión**

1. Introducción de la sesión
2. Práctica de estrategias de afrontamiento

### **Procedimiento:**

#### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

#### **2. Práctica de estrategias de afrontamiento**

El objetivo en este apartado es continuar con la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento que se expusieron en sesiones anteriores. Para ello, se utiliza la misma metodología y materiales de las sesión 6. Es importante que a través de los

ejercicios de los participantes se pongan en práctica todas estrategias de afrontamiento descritas en las sesiones anteriores.

## **SESIÓN 8. RESUMEN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA**

### **Objetivos específicos:**

Resumir los principales contenidos abordados en el programa

Evaluar la satisfacción de los participantes con el programa

Potenciar esperanza y pensamientos positivos sobre su futuro.

### **Materiales**

Pizarra, ordenador y proyector

Video sobre experiencias de recuperación “Sueño igual que tu”. La historia de Milagros elaborado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración social de Personas con trastorno mental (FAISEM)

Cuestionario de satisfacción con el programa

Material escrito “No nos conformamos con ser normales, queremos ser felices” elaborado por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

### **Organización de la sesión**

1. Introducción de la sesión
2. Resumen de los contenidos y objetivos abordados en el programa.
3. Video sobre narrativa de recuperación.
4. Evaluación de la satisfacción con el programa
5. Despedida y cierre de programa.

### **Procedimiento:**

#### **1. Introducción de la sesión**

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta pregunta a los participantes si han puesto en práctica alguna de las estrategias trabajadas en la sesión anterior y se discute en la misma sesión las facilidades y

dificultades encontradas. Posteriormente el terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión actual.

## **2. Resumen de los contenidos y objetivos abordados durante el programa.**

A través de una presentación en power point, se expondrá un resumen breve de todos los contenidos y ejercicios trabajados en las 7 sesiones anteriores así como los objetivos generales del programa.

## **3. Video sobre narrativa de recuperación.**

Se utilizará un video sobre la experiencia de recuperación de una persona con trastorno mental (la historia de Milagros, una selección del documental “Sueño igual que tu” elaborado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, FAISEM) con el objetivo de fomentar esperanza y desarrollar pensamientos positivos sobre el futuro.

## **4. Evaluación de la satisfacción con el programa**

Se les pedirá a los participantes que cumplimenten un cuestionario de satisfacción que recoge su valoración sobre diferentes aspectos del programa, aspectos positivos y negativos, utilidad en su vida cotidiana, etc. Posteriormente se pondrá en común algunos aspectos del cuestionario de satisfacción que los participantes quieran comentar.

## **4. Despedida y cierre de programa.**

Para despedir el programa se les facilitará el material escrito “No nos conformamos con ser normales, queremos ser felices” elaborado por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), que se leerá en la misma sesión. Posteriormente el terapeuta animará a los participantes a dar su opinión sobre el mismo. Se facilitará el mail y teléfono de la responsable del programa.

Finalizaremos agradeciendo la asistencia y la participación al programa y reforzando aspectos positivos de los participantes (por ejemplo su disposición a compartir con el resto aspectos importantes de su propia vida, etc.).

## **5. Material de apoyo para el profesional**

El video sobre la historia de Milagros sirve para recordar diferentes contenidos abordados en el programa, concretamente se podrían destacar los siguientes:

- La importancia de tener ilusiones, objetivos y metas (por ejemplo volver a cantar)
- El hecho de que no todas las personas te discriminan por el trastorno mental (por ejemplo su marido, recursos humanos de su empresa; Milagros no percibe discriminación en su entorno inmediato)
- Ella percibe que tiene “todo lo que se puede desear” incluso en un proceso en el que ha tenido recaídas
- Normalizar los miedos (a recaer)
- El concepto de “llevar la enfermedad con dignidad”
- Determinadas estrategias de afrontamiento: Milagros utiliza la divulgación selectiva (por ejemplo ella ha dicho que tiene una discapacidad aunque no ha especificado su trastorno) y la importancia de darse mensajes positivos (por ejemplo “yo valgo”, “yo tengo que tirar para adelante”, “a mi no me puede frenar la enfermedad”).
- Proyectos que se han abandonado por el inicio del trastorno y que pueden volver a recuperarse aunque no sean de la misma forma (por ejemplo ir a un karaoke)



## Bibliografía

- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.  
<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.1099.1091.1035>.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., y Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884.  
<http://dx.doi.org/810.1521/jscp.2006.1525.1528.1875>.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., y Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(2), 208-214.  
<http://dx.doi.org/210.1016/j.psychres.2011.1002.1013>.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., y Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <http://dx.doi.org/110.1002/wps.20040>.
- Ilic, M., Reinecke, J., Böhner, G., Rottgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U., y Corrigan, P. W. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 246-257.  
<http://dx.doi.org/210.1177/0020764010392058>.
- Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.  
<http://dx.doi.org/2110.1016/j.socscimed.2010.2109.2030>.
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., y Reichler, R. K. (1986). The role checklist: Development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 157-170.  
<http://dx.doi.org/110.1177/153944928600600303>.



- Park, N., y Peterson, C. (2009). Character Strengths: Research and Practice. *Journal of College & Character*, X(4), 37-41. <http://dx.doi.org/10.2202/1940-1639.1042>.
- Ramos Bernal, A. (2010). *El camino hacia la recuperación en la enfermedad mental*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.1008.1008>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., Wilkniss, S., y Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 551-552. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.1109.067157>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., y Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320-328. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., y Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 399-402. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.1157.1173.1399>.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., y Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl1076>.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., y Lysaker, P. (2014). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma: A Review and Comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000100>.





## **ANEXO II. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ADAPTADOS *AD HOC* PARA EL ESTUDIO.**



**Legitimidad percibida de discriminación**  
(adaptada por Watson et al., 2007)

*LPD1*

¿Cómo de justo crees que es que las personas sin enfermedad mental tengan mayor estatus que aquellas con enfermedad mental? Por mayor estatus, quiero decir tener mayor rango social o posición.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho

*LPD2*

¿Cómo de precisa piensas que es la afirmación de que las personas sin enfermedad mental son verdaderamente superiores a aquellas con enfermedad mental?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho

*LPD3*

¿Crees que está justificado que las personas sin enfermedad mental tengan un mayor estatus que aquellas con enfermedad mental?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho



### Escala de Afrontamiento al Estigma (CSS; Link et al., 2002).

Por favor, dime si estas totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), en desacuerdo (ED) o totalmente en desacuerdo (TED) con las siguientes afirmaciones

		TA	A	ED	TED
<b>SE1</b>	Si tuvieras un familiar cercano que hubiera estado en tratamiento por una enfermedad mental grave, le aconsejarías no contárselo a nadie.	4	3	2	1
<b>SE2</b>	Si estuvieras en tratamiento por una enfermedad mental grave, te preocuparía que cierta gente averiguara tu tratamiento.	4	3	2	1
<b>SE3</b>	Si hubieras sido tratado alguna vez de una enfermedad mental grave, lo mejor que puedes hacer es mantenerlo en secreto.	4	3	2	1
<b>SE4</b>	No hay motivo para que una persona oculte el hecho de que una vez fue un paciente de salud mental.	1	2	3	4
<b>SE5</b>	A la vista de las actitudes negativas de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental grave, aconsejarías a las personas con enfermedades mentales graves mantenerlo como un secreto.	4	3	2	1
<b>SE6</b>	De cara a conseguir trabajo, alguien que ha sido paciente de salud mental tendrá que ocultar su historia de hospitalización.	4	3	2	1
<b>SE7</b>	Animas a otros miembros de tu familia a mantener tu enfermedad mental en secreto.	4	3	2	1
<b>SE8</b>	Crees que una persona que ha experimentado una enfermedad mental grave anteriormente en su vida y se ha recuperado, no debería contárselo a otras personas.	4	3	2	1
<b>SE9</b>	Cuando conoces gente por primera vez realizas un esfuerzo especial para mantener oculto el hecho de que has estado en tratamiento psiquiátrico.	4	3	2	1
<b>EVI1</b>	Si pensaras que alguien que conociste vierte opiniones negativas sobre los pacientes psiquiátricos, le evitaría.	4	3	2	1
<b>EVI2</b>	Los lugares de trabajo deberían estar organizados de forma que la gente que ha experimentado una enfermedad mental grave, pueda trabajar junta.	4	3	2	1
<b>EVI3</b>	Es más fácil para ti ser amigable con personas que han sido pacientes psiquiátricos.	4	3	2	1
<b>EVI4</b>	Si una persona te hizo de menos porque estuviste en	4	3	2	1



tratamiento psiquiátrico, le evitarías.

<b>EVI5</b>	Las personas que han tenido una enfermedad mental grave, encontrarán menos estresante socializarse con personas que también han tenido una enfermedad mental grave.	4	3	2	1
<b>EVI6</b>	Si uno de tus amigos desarrollara una enfermedad mental grave, le aconsejarías pasar la mayoría de su tiempo libre con gente que también haya pasado por la experiencia de una enfermedad mental grave.	4	3	2	1
<b>EVI7</b>	Crees que la gente que tiene una enfermedad mental grave se siente más cómoda cuando está con gente que también tiene una enfermedad mental grave.	4	3	2	1
<b>EVI8</b>	Tienes mucho en común con gente que ha pasado por la experiencia de una enfermedad mental grave.	4	3	2	1
<b>ED1</b>	Después de comenzar el tratamiento psiquiátrico, te sorprendiste educando a otros sobre lo que significa ser un paciente psiquiátrico.	4	3	2	1
<b>ED2</b>	Participarías en una acción colectiva para enseñar al público más sobre el tratamiento psiquiátrico y los problemas de la gente que busca la ayuda de los psiquiatras.	4	3	2	1
<b>ED3</b>	Si pensaras que un amigo está incómodo contigo porque has estado en tratamiento psiquiátrico, te encargarías de educarle sobre tu propio tratamiento.	4	3	2	1
<b>CON1</b>	Cuando alguien dice algo que estigmatiza a la gente con enfermedad mental, le haces saber que estas en desacuerdo con ellos.	4	3	2	1
<b>CON2</b>	Has descubierto que es importante señalar la conducta estigmatizante cuando ocurre. Es mejor confrontar la conducta estigmatizante que ignorarla.	4	3	2	1
<b>CON3</b>	Has descubierto que lo mejor es ayudar a la gente cercana a ti a comprender en que consiste el tratamiento psiquiátrico.	4	3	2	1
<b>CON4</b>	Si pensaras que un empleador se sintió incómodo contratando a una persona que haya estado en tratamiento psiquiátrico, intentarías hacerle comprender que la mayoría de los antiguos pacientes son buenos trabajadores.	4	3	2	1
<b>DIS1</b>	No tienes los mismos problemas que otras personas experimentan como consecuencia de la enfermedad mental	4	3	2	1
<b>DIS2</b>	La mayoría de la gente que ha sido hospitalizada por enfermedad mental tiene problemas muy diferentes de los que tú tienes.	4	3	2	1
<b>DIS3</b>	Eres muy diferente de la mayoría de las personas que tienen enfermedades mentales	4	3	2	1

*Nota.* SE: Subescala Secreto; EVI: Subescala Evitación; ED: Subescala Educación; CON: Subescala Confrontación; DIS: Subescala Distanciamiento.

### Escala de Identificación con el Grupo (adaptada por Watson et al., 2007)

Diferentes personas usan diferentes palabras para referirse a la gente que ha recibido atención en salud mental; palabras como usuario, cliente, paciente, ex paciente o alguna otra descripción.

¿Qué prefieres ser llamado? \_\_\_\_\_ (indica el término preferido)

Como un " \_\_\_\_\_ "

*IG1* Me identifico con otros que son denominados " \_\_\_\_\_ s" como lo soy yo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho

*IG2* Siento fuertes lazos con las personas que son " .....s"

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho

*IG3* Me siento parte del grupo llamado " \_\_\_\_\_ s"

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho

*IG4* ¿Con qué frecuencia piensas en ti mismo como un miembro de tu grupo, como un " \_\_\_\_\_ "?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nunca								Muy a menudo

*IG5* ¿Cómo de cerca te sientes de otros miembros de tu grupo, de otros " \_\_\_\_\_ "?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada en absoluto								Mucho



**ANEXO III. TABLAS DE RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE LAS  
PUNTUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN LOS GRUPOS DIVIDIDOS EXPUESTOS AL  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (MEJORÍA VS. NO MEJORÍA) EN LAS VARIABLES DE  
ESTIGMA Y DE RECUPERACIÓN**



**Tabla 8.10.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en la puntuación total del ISMI, ISMI-Alienación e ISMI-Aprobación del estereotipo.

Pruebas neuropsicológicas	ISMI T		ISMI-ALI		ISMI-APRO	
	M n=15	NM n=4	M n=15	NM n=4	M n=12	NM n=7
RAVLT RM	5,8(0,42)	4,25(0,85)	5,53(0,49)	5,25(0,48)	5,83(0,49)	4,86(0,63)
RAVLT AP	45,2(2,88)	37,25(8,11)	44,33(3,43)	40,50(4,17)	46,08(3,26)	39,14(5,14)
RAVLT CP	8,93(1,08)	7,25(2,29)	8,6(1,19)	8,5(1,32)	8,83(1,28)	8,14(1,53)
RAVLT LP	9(0,96)	7,75(2,14)	8,87(1)	8,25(1,89)	9,5(1,08)	7,43(1,38)
RAVLT R	10,23(0,93)	10,25(2,02)	10,37(0,91)	9,75(2,17)	10,38(1,04)	10(1,44)
RAVLT I	4,67(0,52)	4,25(0,48)	4,73(0,34)	4(1,68)	4,5(0,57)	4,71(0,64)
WAIS-III Voc	40,67(3,48)	36,5(2,6)	39,20(3,25)	42(6,07)	40,92(3,36)	37,86(5,23)
WAIS-III Dig Inv	4,27(0,34)	4,75(0,85)	4,7(0,33)	5,5(0,64)	4,17(0,42)	4,71(0,47)
TMT-A	59,47(6,39)	n=4; 40,75 (6,17)	56,87(6,5)	50,5(9,74)	62,83(7,2)	43(6,02)
TMT-B	n=12; 150(30,35)	n=4; 103,5 (22,97)	n=12; 148,33(30,64)	108,5(21,87)	n=10; 155,10(35,80)	n=6; 110,5(19,69)
TMT B-A	n=12; 98(29,92)	n=4; 62,75(17,57)	n=12; 99,58(29,04)	58(27,46)	n=10; 99,30(35,52)	n=6; 72,33(17,62)
Stroop P	93,07(3,34)	n=3; 82 (9,07)	n=14; 90,57(3,46)	93,5(8,82)	93,67(3,86)	n=6; 86,33(5,66)
Stroop C	62,07(2,08)	n=3; 59,33(5,78)	n=14; 61,86(2,38)	60,75(2,84)	62,42(2,28)	n=6; 60(3,74)
Stroop P-C	32,07(2,54)	n=3; 37(4,04)	n=14; 32,64(2,63)	33,75(4,55)	31,17(3,03)	n=6; 36,33(2,54)
Stroop I	-4,98(2,14)	n=3; 2,67(0,79)	n=14; -3,96(2,25)	-2,83(3,98)	-6,08(2,53)	n=6; 1,04(1,44)
Rey C Tiem	235,93(33,24)	215(67,15)	259,07(32,89)	128,25(22,97)	261,08(38,08)	180,86(40,16)
Rey C	28,5(1,46)	27,25(3,07)	27,97(1,58)	29,25(1,80)	28,17(1,71)	28,36(2,07)
Rey M	15,47(2,44)	n=3; 18,5(1,32)	n=14; 14,29(2,43)	21,88(1,69)	14,29(2,78)	n=6; 19,33(2,38)
FT D	52,69(3,96)	43,3(6,39)	49,19(3,9)	56,45(7,6)	53,45(4,87)	46,03(4,06)
FT ND	44,88(3,38)	38,1(6,99)	41,72(3,43)	49,95(6,14)	45,6(4,19)	39,77(3,99)
BTA	n=14; 11,57(0,74)	8,25(2,56)	n=14; 10,64(1,05)	11,5(0,87)	n=11; 11,36(0,89)	10(1,68)
WAIS-III Dig Dir	5,4(0,37)	5,75(0,63)	5,07(0,3)	7(0,58)	5,33(0,47)	5,71(0,36)
HT	7,73(0,49)	8,25(0,48)	7,8(0,48)	8(0,71)	7,5(0,57)	8,43(0,43)

*Nota.* Se reportan medias (error típico); M: Mejoría; NM: No Mejoría; ISMI T: Puntuación total de la Escala de Estigma Internalizado en Enfermedad mental; ISMI-ALI: subdimensión Alienación; ISMI-Apro: subdimensión Aprobación del estereotipo; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1: recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7: recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test: parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones.

**Tabla 8.11.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en ISMI-Discriminación experimentada, ISMI-Rechazo social e ISMI-Resistencia al estigma de ISMI.

Pruebas neuropsicológicas	ISMI-DISC		ISMI-RECH		ISMI-RES	
	M n=8	NM n=11	M n=11	NM n=8	M n=13	NM n=6
RAVLT RM	5,63(0,42)	5,36(0,2)	5,82(0,46)	5(0,68)	5,23(0,47)	6(0,73)
RAVLT AP	44(3,56)	43,18(4,28)	46,27(3,52)	39,75(4,56)	40,62(3,54)	49,83(3,76)
RAVLT CP	9,5(0,94)	7,91(1,53)	9,09(1,4)	7,88(1,3)	8,38(1,12)	9(2)
RAVLT LP	8,25(1,08)	9,09(1,3)	9,55(1,1)	7,63(1,22)	7,77(1,1)	10,83(0,95)
RAVLT R	9,5(1,33)	10,77(1,06)	10,45(1,11)	9,94(1,3)	9,77(1,11)	11,25(0,97)
RAVLT I	4,88(0,88)	4,36(0,39)	4,27(0,57)	5(0,63)	4,46(0,55)	4,83(0,65)
WAIS-III Voc	43,13(5,42)	37,36(2,83)	43,55(4,4)	34,63(1,8)	40,62(3,65)	38(4,36)
WAIS-III Dig Inv	4,5(0,53)	4,27(0,41)	4,55(0,41)	4,13(0,51)	4,38(0,37)	4,33(0,67)
TMT-A	47,5(5,89)	61,36(8,15)	57,18(7,65)	53,25(8,07)	56(6,65)	54,5(10,38)
TMT-B	n=7; 176,14(49,16)	n=9; 109(14,52)	n=9; 150,33(40,85)	n=7; 123(16,42)	n=10; 122,9(23,46)	164,17(51,16)
TMT B-A	n=7; 132,14(47,41)	n=9; 55,78(10,69)	n=9; 99,56(39,88)	n=7; 75,86(14,52)	n=10; 76,9(22,64)	109,67(50,14)
Stroop P	91,5(3,36)	n=10; 91(5,28)	93,18(4,33)	n=7; 88,14(4,8)	n=12; 88,17(3,78)	97,33(5,55)
Stroop C	62,25(2,65)	n=10; 61,1(2,85)	62,27(2,11)	n=7; 60,57(3,87)	n=12; 59,5(2,39)	65,83(2,66)
Stroop P-C	33,13(2,47)	n=10; 32,7(3,6)	31,45(3,3)	n=7; 35,14(2,45)	n=12; 33,33(2,79)	32(3,99)
Stroop I	-3,78(1,93)	n=10; -3,65(3,17)	-5,67(2,91)	n=7; -0,62(1,30)	n=12; -2,02(2,11)	-7,09(3,75)
Rey C Tiem	209,88(41,89)	247,27(40,77)	214,91(31,97)	254,38(54,76)	188,46(25,35)	324,83(60,83)
Rey C	29,56(1,69)	27,27(1,86)	29,77(1,24)	26,13(2,45)	27,88(1,6)	29(2,32)
Rey M	18,38(3,10)	n=10; 14,05(2,72)	16,64(2,61)	14,93(3,55)	n=12; 16,42(2,36)	15,08(4,26)
FT D	5,85(4,79)	50,62(5,02)	54,65(3,97)	45,3(5,86)	48,29(4,67)	55,97(3,76)
FT ND	45,35(4,73)	42,07(4,08)	46,95(3,9)	38,65(4,52)	42,03(4,23)	46,53(2,97)
BTA	11,63(0,94)	n=10; 10,20(1,31)	12,36(0,73)	n=7; 8,43(1,45)	n=12; 11,25(1,09)	10(1,26)
WAIS-III Dig Dir	5,75(0,49)	5,27(0,43)	5,64(0,47)	5,25(0,41)	5,77(0,41)	4,83(0,4)
HT	8,13(0,58)	7,64(0,56)	8(0,62)	7,63(0,46)	8,15(0,48)	7,1(0,7)

*Nota.* Se reportan medias (error típico). M: Mejoría; NM: No mejoría; ISMI: Escala de Estigma Internalizado en Enfermedad mental; ISMI-Disc: subdimensión Discriminación Experimentada; ISMI-Rech: subdimensión Rechazo Social; ISMI-Res: subdimensión Resistencia al Estigma; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones.



**Tabla 8.12.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en PL y GI.

Pruebas neuropsicológicas	PL		GI	
	M n=13	NM n=6	M n=13	NM n=6
RAVLT RM	5,69(0,55)	5(0,37)	5,69(0,55)	5(0,37)
RAVLT AP	44,54(3,89)	41,33(3,25)	44,54(3,89)	41,33(3,25)
RAVLT CP	9,23(1,12)	7,17(1,89)	9,23(1,12)	7,17(1,89)
RAVLT LP	8,62(1,22)	9(0,86)	8,62(1,22)	9(0,86)
RAVLT R	9,54(1,12)	11,75(0,68)	9,54(1,12)	11,75(0,68)
RAVLT I	4,46(0,53)	4,83(0,75)	4,46(0,53)	4,83(0,75)
WAIS-III Voc	41,6(3,23)	35,67(5,48)	41,6(3,23)	35,67(5,48)
WAIS-III Dig Inv	4,08(0,4)	5(0,45)	4,08(0,4)	5(0,45)
TMT-A	55,46(5,69)	55,67(13,04)	55,46(5,69)	55,67(13,04)
TMT-B	n=11; 146,09(33,09)	n=5; 121,4(24,35)	n=11; 146,09(33,09)	n=5; 121,4(24,35)
TMT B-A	n=11; 95,82(32,48)	n=5; 74,6(19,97)	n=11; 95,82(32,48)	n=5; 74,6(19,97)
Stroop P	n=12; 94,5(3,57)	84,7(5,96)	n=12; 94,5(3,57)	84,7(5,96)
Stroop C	n=12; 61,25(2,52)	62,33(3,09)	n=12; 61,25(2,52)	62,33(3,09)
Stroop P-C	N=12; 33,92(2,58)	30,83(4,45)	N=12; 33,92(2,58)	30,83(4,45)
Stroop I	N=12; -3,08(2,17)	-4,96(4)	N=12; -3,08(2,17)	-4,96(4)
Rey C Tiem	231,92(35,87)	230,67(53,83)	231,92(35,87)	230,67(53,83)
Rey C	27,58(1,76)	29,67(1,45)	27,58(1,76)	29,67(1,45)
Rey M	n=12; 15,5(2,8)	16,92(2,84)	n=12; 15,5(2,8)	16,92(2,84)
FT D	52,86(4,68)	46,07(3,9)	52,86(4,68)	46,07(3,9)
FT ND	45,18(4,07)	39,7(3,77)	45,18(4,07)	39,7(3,77)
BTA	n=12; 10,67(1,1)	11,17(1,33)	n=12; 10,67(1,1)	11,17(1,33)
WAIS-III Díg Dir	5,46(0,42)	5,5(0,5)	5,46(0,42)	5,5(0,5)
HT	8(0,52)	7,5(0,62)	8,15(0,46)	7,17(0,75)

*Nota.* Se reportan medias (error típico); M: Mejoría; NM: No Mejoría; PL: Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación; GI: Escala de Identificación con el grupo; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1: recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7: recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test: parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Díg Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones.



**Tabla 8.13.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en las subescalas de CSS-Secreto y CSS-Evitación.

Pruebas neuropsicológicas	CSS-SEC		CSS-EVI	
	M n=11	NM n=8	M n=9	NM n=10
RAVLT RM	5,82(0,44)	5(0,71)	5,33(0,53)	5,6(0,6)
RAVLT AP	45,18(3,43)	41,25(4,92)	42,11(3,53)	44,8(4,46)
RAVLT CP	9,09(1)	7,88(1,89)	8,89(1,27)	8,3(1,49)
RAVLT LP	9,09(0,95)	8,25(1,64)	8,44(1,25)	9(1,25)
RAVLT R	11(0,86)	9,19(1,54)	9,83(1,2)	10,6(1,18)
RAVLT I	5,18(0,52)	3,75(0,62)	4,89(0,42)	4,3(0,72)
WAIS-III Voc	35(3,05)	46,38(4,34)	37,89(4,78)	41,5(3,38)
WAIS-III Dig Inv	4,18(0,42)	4,63(0,5)	3,89(0,35)	4,8(0,49)
TMT-A	51,09(7,16)	61,63(8,44)	62(7,85)	49,79(7,45)
TMT-B	n=9; 159,22(40,1)	n=7; 111,57(15,21)	n=6; 183,83(56,44)	111,1(14,54)
TMT B-A	n=9; 115,89(38,06)	n=7; 54,86(12,57)	n=6; 135,5(55,46)	61,4(11,89)
Stroop P	92,73(4,33)	n=7; 88,86(4,93)	86,56(3,56)	n=9; 95,89(5,05)
Stroop C	64,55(1,62)	n=7; 57(3,77)	60,22(3,39)	n=9; 63(1,92)
Stroop P-C	34(2,19)	n=7; 31,14(4,75)	33,11(3,7)	n=9; 32,67(3,1)
Stroop I	-3,89(2,11)	n=7; -3,42(3,84)	-2,24(2,42)	n=9; -5,18(3,01)
Rey C Tiem	264,91(43,6)	185,63(29,7)	211,22(34,22)	249,8(46,69)
Rey C	27,95(1,52)	28,63(2,35)	27,72(2,08)	28,7(1,66)
Rey M	13,68(2,45)	n=7; 19,5(3,37)	13,56(3,18)	n=9; 18,39(2,51)
FT D	52,53(3,96)	48,23(6,34)	43,98(4,71)	56,78(4,33)
FT ND	45,76(3,49)	40,28(5,44)	37,98(3,55)	48,38(4,37)
BTA	11(0,82)	n=7; 10,57(1,81)	n=8; 11,38(1,31)	10,4(1,12)
WAIS-III Díg Dir	5,18(0,32)	5,88(0,61)	5,11(0,39)	5,8(0,49)
HT	7,27(0,51)	8,63(0,56)	7,56(0,67)	8,1(0,48)

*Nota.* Se reportan medias (error típico). M: Mejoría; NM: No mejoría; CSS: Escala de Afrontamiento al Estigma; CSS-Sec: subescala Secreto; CSS-Evi: subescala Evitación; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones

**Tabla 8.14.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en las subescalas de CSS-Educación, CSS-Confrontación y CSS-Distanciamiento.

Pruebas neuropsicológicas	CSS-EDUC		CSS-CONF		CSS-DIST	
	M n=9	NM n=10	M n=5	NM n=14	M n=3	NM n=16
RAVLT RM	5,78(0,55)	5,2(0,57)	7(0,55)	4,93(0,41)	5,67(0,88)	5,44(0,45)
RAVLT AP	45,11(3,78)	42,1(4,29)	54,4(4,87)	39,64(2,82)	48,33(9,28)	42,63(2,98)
RAVLT CP	9,11(1,7)	8,1(1,07)	12,6(1,29)	7,14(0,98)	9,33(2,33)	8,44(1,09)
RAVLT LP	9,67(1,19)	7,9(1,23)	10,6(1,96)	8,07(0,92)	8,33(2,67)	8,81(0,94)
RAVLT R	11,89(1,03)	8,75(1,09)	11,2(2,08)	9,89(0,87)	10(2,5)	10,28(0,9)
RAVLT I	4,67(0,62)	4,5(0,6)	3,6(0,98)	4,93(0,44)	4,33(0,67)	4,63(0,49)
WAIS-III Voc	42,33(4,62)	37,5(3,39)	49,8(5,66)	36,21(2,73)	34,67(7,45)	40,75(3,06)
WAIS-III Dig Inv	4,11(0,35)	4,6(0,52)	4,6(0,68)	4,29(0,37)	5,67(0,67)	4,13(0,33)
TMT-A	49,67(6,91)	60,8(8,25)	36,6(5,06)	62,29(6,29)	40,33(15,84)	58,38(5,71)
TMT-B	n=8; 135,13(28,76)	n=8; 141,63(39,63)	75,6(4,86)	n=11;	n=2; 59,5(5,5)	n=14;
TMT B-A	n=8; 88,25(26,43)	n=8; 90,13(39,29)	39(5,66)	n=11; 112(31,14)	n=2; 35(6)	n=14;
Stroop P	89,33(5,58)	n=9; 93,11(3,4)	98,6(6,66)	n=13; 88,38(3,47)	94(5,03)	n=15; 90,67(3,76)
Stroop C	63,11(2,98)	n=9; 60,11(2,5)	62,4(4,58)	n=13; 61,31(2,13)	64,67(2,33)	n=15; 61(2,25)
Stroop P-C	33,44(3,34)	n=9; 32,33(3,12)	33,4(5,52)	n=13; 32,69(2,4)	41(2,31)	n=15; 31,27(2,43)
Stroop I	-3,39(3,17)	n=9; -4,03(2,32)	-4,78(4,72)	n=13; -3,3(2,05)	2,75(1,68)	n=15; -5(2,12)
Rey C Tiem	196,44(39,89)	263,1(41,09)	163,8(32,85)	255,71(35,93)	288,67(65,28)	220,81(32,3)
Rey C	28,83(1,43)	27,7(2,14)	32,6(1,12)	26,68(1,5)	31,17(3,35)	27,69(1,4)
Rey M	17,72(2,16)	n=9; 14,22(3,53)	20,6(3,14)	n=13; 14,19(2,46)	17(2,08)	n=15; 15,77(2,45)
FT D	46,67(3,93)	54,36(5,45)	59,96(3,12)	47,41(4,25)	61,33(5,2)	48,73(3,82)
FT ND	39,22(3,09)	47,26(4,88)	53,28(4,3)	39,94(3,4)	56(7,43)	41,1(3,06)
BTA	11,33(1,15)	n=9; 10,33(1,25)	11,8(1,46)	n=13; 10,46(1,02)	12,67(0,88)	n=15; 10,47(0,97)
WAIS-III Díg Dir	5,33(0,73)	5,6(0,52)	6,2(0,66)	5,21(0,35)	6(0,58)	5,38(0,36)
HT	8,11(0,51)	7,6(0,62)	8,4(0,93)	7,64(0,44)	9(0,58)	7,63(0,4)

*Nota.* Se reportan medias (error típico). M: Mejoría; NM: No mejoría; CSS: Escala de Afrontamiento al Estigma; CSS-Edu: subescala Educación; CSS-Conf: subescala Confrontación; CSS-Dist: subescala Distanciamiento; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Díg Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones



**Tabla 8.15.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en variables de recuperación subjetiva (RSE, GSS y RAS).

Pruebas neuropsicológicas	RSE		GSS		RAS	
	M n=7	NM n=12	M n=13	NM n=6	M n=15	NM n=4
RAVLT RM	6,43(0,57)	4,92(0,47)	5,62(0,4)	5,17(0,95)	5,6(0,48)	5(0,58)
RAVLT AP	47,71(4,76)	41,08(3,46)	45,15(2,72)	40(6,98)	43,6(3,53)	43,25(2,95)
RAVLT CP	10,43(1,27)	7,5(1,27)	8,54(1,12)	8,67(2,03)	8,8(1,06)	7,75(2,59)
RAVLT LP	8,43(1,54)	8,92(1,08)	9,54(0,82)	7(2,02)	8,2(1,03)	10,75(0,85)
RAVLT R	10,21(1,64)	10,25(0,94)	11(0,71)	8,58(2,07)	10(1,01)	11,13(1,03)
RAVLT I	4,43(1,02)	4,67(0,36)	4,92(0,37)	3,83(1,08)	4,33(0,45)	5,5(1,04)
WAIS-III Voc	42,43(5,9)	38,25(2,94)	38(3,06)	43,67(6,03)	39,4(3,26)	41,2(6,07)
WAIS-III Dig Inv	4,57(0,53)	4,25(0,41)	4,46(0,37)	4,17(0,65)	4,13(0,38)	5,25(0,25)
TMT-A	44,43(7,37)	62(7,02)	58,31(6,56)	49,5(10,2)	53,6(6,06)	62,75(13,42)
TMT-B	n=6; 106,67(18,44)	n=10; 157,4(35,68)	n=11; 149,27(33,35)	n=5; 114,4(19,87)	n=12; 114,25(19,99)	210,75(66,93)
TMT B-A	n=6; 66,83(15,99)	n=10; 102,6(35,45)	n=11; 96(32,57)	n=5; 74,2(19,04)	n=12; 69,58(17,72)	148(73,98)
Stroop P	95,57(5,14)	n=11; 88,45(4,06)	89,46(3,48)	n=5; 95,8(7,43)	n=14; 88,93(3,55)	99,25(6,57)
Stroop C	61,14(2,88)	n=11; 61,91(2,66)	62,77(1,92)	n=5; 58,6(4,96)	n=14; 61,29(2,38)	62,75(2,84)
Stroop P-C	32,14(2,65)	n=11; 33,36(3,31)	34,77(2,76)	n=5; 28(2,81)	n=14; 33,21(2,5)	31,75(5,51)
Stroop I	-5,09(2,81)	n=11; -2,83(2,62)	-1,93(2,27)	n=5; -8,33(2,83)	n=14; -2,93(2,07)	-6,4(4,92)
Rey C Tiem	218,14(58,62)	239,33(32,72)	266,92(38,02)	154,83(18,77)	238,87(34,06)	204(57,84)
Rey C	29,07(2)	27,75(1,72)	28,81(1,39)	27(2,89)	27,9(1,59)	29,5(1,55)
Rey M	17,29(3,57)	n=11; 15,14(2,58)	15,08(2,34)	n=5; 18,3(4,46)	n=14; 15,43(2,38)	17,88(4,42)
FT D	58,29(4,24)	46,3(4,5)	53,68(4,12)	44,3(5,91)	50,11(3,95)	53(7,91)
FT ND	50,09(3,97)	39,58(3,88)	45,75(3,62)	38,47(5,38)	43,16(3,48)	44,55(6,97)
BTA	10,71(1,04)	n=11; 10,91(1,23)	11,46(0,85)	n=5; 9,2(2,01)	n=14; 10,43(1,04)	12,25(0,75)
WAIS-III Dig Dir	5,86(0,51)	5,25(0,41)	5,54(0,37)	5,33(0,67)	5,33(0,35)	6(0,82)
HT	8,14(0,67)	7,67(0,51)	8,08(0,45)	7,33(0,84)	7,87(0,43)	7,75(1,11)

*Nota.* Se reportan medias (error típico). M: Mejoría; NM: No mejoría; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; GSS: Escala de Autoeficacia General; RAS: Escala de Evaluación de la Recuperación; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones

**Tabla 8.16.** Comparación entre las puntuaciones neuropsicológicas en los grupos divididos expuestos al programa de intervención (Mejoría vs. No mejoría) en variables de recuperación clínica.

Pruebas neuropsicológicas	BPRS		SFS		SUMD	
	M n=12	NM n=7	M n=12	NM n=7	M n=10	NM n=9
RAVLT RM	5,75(0,46)	5(0,72)	5,83(0,39)	4,86(0,83)	5,9(0,5)	5(0,6)
RAVLT AP	48,33(3,2)	35,29(3,85)	46,08(3,22)	39,14(5,21)	47,9(3,56)	38,67(4,05)
RAVLT CP	9,67(1,31)	6,71(1,13)	10,08(0,98)	6(1,68)	10,1(1,02)	6,89(1,57)
RAVLT LP	10,33(0,95)	6(1,11)	9,5(1,05)	7,43(1,46)	9,6(1)	7,78(1,43)
RAVLT R	11,04(0,84)	8,86(1,66)	10,88(1,09)	9,14(1,21)	10,85(0,9)	9,56(1,44)
RAVLT I	4,58(0,29)	4,57(1,09)	4,75(0,59)	4,29(0,56)	4,7(0,42)	4,44(0,78)
WAIS-III Voc	39,67(3,73)	40(4,48)	36,58(3,38)	45,29(4,47)	38,6(3,81)	41,11(4,32)
WAIS-III Dig Inv	4,5(0,36)	4,14(0,63)	6,17(0,74)	5,14(0,7)	4,4(0,4)	4,33(0,53)
TMT-A	56,5(8,23)	53,86(5,28)	49,42(6,31)	66(9,36)	44,6(5,71)	67,67(8,07)
TMT-B	n=10; 126,5(32,9)	n=6; 158,17(33,29)	n=10; 149,1(36,84)	n=6; 120,5(17,52)	n=9; 129,33(36,11)	n=7; 150(30,41)
TMT B-A	n=10; 78,3(31,87)	n=6; 107,33(32,17)	n=10; 107(35,3)	n=6; 59,5(12,86)	n=9; 87,78(34,36)	n=7; 91(31,06)
Stroop P	93,42(4,16)	n=6; 86,83(4,76)	93,83(3,95)	n=6; 86(5,29)	91,4(4,57)	n=8; 91(4,75)
Stroop C	61,33(2,76)	n=6; 62,17(2,02)	64,42(2,13)	n=6; 56(2,87)	61,2(2,64)	n=8; 62,13(2,99)
Stroop P-C	33(3,1)	n=6; 32,67(2,85)	34,5(2,83)	n=6; 29,67(3,47)	34,7(1,84)	n=8; 30,63(4,49)
Stroop I	-3,84(2,62)	n=6; -3,44(2,6)	-3,57(2,42)	n=6; -3,97(3,35)	-1,81(2)	n=8; -6,08(3,46)
Rey C Tiem	227,75(27,8)	238(66,38)	223,83(31,93)	244,71(59,97)	240,7(45,67)	221,33(36,91)
Rey C	30,25(1,57)	24,79(1,6)	29,79(1,17)	25,57(2,7)	28,95(1,71)	27,44(2,01)
Rey M	16,79(2,57)	n=6; 14,33(3,6)	15,29(2,02)	n=6; 17,33(4,94)	16,65(2,83)	n=8; 15,13(3,16)
FT D	52,07(4,36)	48,4(5,97)	50,33(3,73)	51,37(7,26)	54,7(3,82)	46,29(5,79)
FT ND	45,45(3,97)	40,03(4,7)	52,76(11,21)	42,81(16,05)	47,76(3,3)	38,67(4,94)
BTA	n=11; 11,45(1,05)	9,86(1,39)	10,92(0,92)	n=6; 10,67(1,84)	10,2(1,05)	n=8; 11,63(1,36)
WAIS-III Díg Dir	5,5(0,42)	5,43(0,53)	8,67(0,78)	8(0,98)	5,6(0,34)	5,33(0,57)
HT	7,75(0,62)	8(0,31)	7,58(0,5)	8,29(0,68)	7,9(0,57)	7,78(0,6)

Nota. Se reportan medias (error típico). M: Mejoría; NM: No mejoría; BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; SFS: Escala de Funcionamiento social; SUMD: Escala de Evaluación de la conciencia de trastorno mental; RAVLT: Test Auditivo Verbal de Rey; RAVLT RM: ensayo 1, recuerdo inmediato; RAVLT AP: ensayos 1-5 aprendizaje; RAVLT CP: ensayo 6, recuerdo corto plazo; RAVLT LP: ensayo 7, recuerdo largo plazo; RAVLT R: reconocimiento; RAVLT I: lista interferencia; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler; Dig Inv: Dígitos inversos; TMT: Trail Making Test, parte A y parte B; Stroop P: Test de Stroop Palabra; Stroop C: Test de Stroop Color; Stroop P-C: Test de Stroop Palabra-Color; Rey: Test de la Figura Compleja de Rey; Rey C Tiem: Tiempo de copia; Rey C: Puntuación copia; Rey M: puntuación Memoria inmediata; FT: Finger Tapping; FT D: mano dominante; FT ND: mano no dominante; BTA: Test Breve de Atención; Dig Dir: Dígitos directos; HT: Test de las Insinuaciones

